

**Pielęgniarstwo
na rzecz
milenijnych celów rozwoju**

część II

Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju

część II

redakcja
Zofia Foryś
Grażyna Anna Franek
Jerzy Jaśkiewicz

Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2014

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Recenzja: prof. nadzw. dr hab. Bożena Zboina

Projekt okładki: Anna Krasnowolska

Adiustacja: zespół

ISBN 978-83-7571-348-0

Copyright© by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Kraków 2014

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana w sposób
umożliwiający ponowne wykorzystanie, ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek
formie za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.ka.edu.pl

Wydawca:
Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,
Kraków 2014

Sprzedaż detaliczną, hurtową i wysyłkową
prowadzi Księgarnia „U Frycza”
Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
tel./faks: (12) 252 45 93
e-mail: ksiegarnia@kte.pl

Skład: Oleg Aleksejczuk

Druk i oprawa: Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o.

Spis treści

Grażyna Anna Franek, Wstęp.....	7
Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz, Marta Kowalewska <i>Opieka pielęgniarek środowiskowych nad pacjentami zagrożonymi wykluczeniem społecznym</i>	9
Anna Goździalska, Jerzy Jaśkiewicz <i>Rak podstawnokomórkowy skóry – diagnostyka i leczenie</i>	17
Hanna Kamola, Beata Dobrowolska, Aneta Kościołek <i>Wybrane elementy organizacji systemu opieki medycznej a występowanie problemów moralnych w pracy pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentem po udarze mózgu.....</i>	29
Edyta Laska, Piotr Richter, Andrzej Stanisław <i>Znajomość czasów przeżycia pacjentów w schorzeniach nowotworowych w klinikach Szpitala Uniwersyteckiego oraz Centrum Onkologii w Krakowie oraz korzyści płynące z analizy czasów przeżycia.....</i>	41
Krystyna Łukasz-Paluch, Grażyna Anna Franek, Aneta Trzcńska <i>Rodowód Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i jego struktury. Spojrzenie na koła terenowe w Sosnowcu i Katowicach przez pryzmat historii miast</i>	53
Violetta Mianowana, Anna Jendrzejcak <i>Przestrzeganie praw pacjenta a poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej</i>	71
Małgorzata Poznańska <i>Zarządzanie zasobami kadr pielęgniarskich w placówkach medycznych.....</i>	81
Mariola Seń, Edyta Laska, Beata Gibas, Małgorzata Kotyza, Magda Golik, Radosław Adamski, Dorota Lizak <i>Urozmaicone spożycie żywności przez studentów różnych uczelni w Polsce.....</i>	93

Mariola Seń, Ewa Maciak, Anna Felińczak, Dorota Lizak <i>Zachowania zdrowotne młodzieży w wieku adolescencji z wadami wrodzonymi twarzoczaszki.....</i>	109
Lena Serafin, Ewa Kądalska, Anna Doboszyńska <i>Analiza czynników warunkujących satysfakcję z pracy zawodowej pielęgniarek jako ważnego aspektu przeciwdziałania niedoborowi pielęgniarek w Europie.....</i>	131
Grażyna Stadnicka, Agnieszka Pawłowska-Muc, Barbara Pajdosz <i>Postrzeganie objawów nietrzymania moczu przez kobiety w różnych okresach życia.....</i>	139
Grażyna Stadnicka, Barbara Marzena Wrześniak, Katarzyna Klinek <i>Czynniki warunkujące satysfakcję z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym.....</i>	149
Aneta Trzcińska, Iwona Bodys-Cupak, Grażyna Anna Franek, Anna Janus, Barbara Koleżyńska <i>Wpływ cukrzycy na długość funkcjonowania przetoki tętniczo-żylnej u chorych przewlekle hemodializowanych.....</i>	159
Iga Wąsowska, Małgorzata Ptaszyńska, Iwona Repka <i>Wpływ przewlekłego bólu neuropatycznego na poziom akceptacji własnej choroby.....</i>	181
Marek Wojczyk <i>Czy pielęgniarstwo może być atrakcyjne dla mężczyzny? Analiza pozycji pielęgniarsza w polskim systemie ochrony zdrowia</i>	191

Wstęp

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością oddajemy w Państwa ręce drugi tom monografii wydanej z okazji XII Kongresu Pielęgniarek Polskich w Krakowie, w którym udział wzięło blisko 500 pielęgniarek, zaprezentowano 160 prac w 9 sesjach. Ta kolejna już publikacja świadczy o dynamicznym rozwoju badań naukowych w pielęgniarstwie. Dowodzi, że pielęgniarstwo to nie tylko zawód, ale i interdyscyplinarna nauka.

dr n.med. Grażyna Anna Franek

Anna Goździalska¹, Jerzy Jaśkiewicz¹, Marta Kowalewska¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Opieka pielęgniarek środowiskowych nad pacjentami zagrożonymi wykluczeniem społecznym

Nurses care for patients at risk of social isolation

Abstract

Social and economic changes taking place in Poland and in Europe mean that the changes of nurse's work. The role of the nurse is not only on the performance of a specific flow chart, but increasingly becoming a necessity, solving a whole range of problems associated with the life of the family.

The domain of the modern nurse, in a profession which maintains continuous contact with another person, it is now not only formal qualifications, but the ability to manage their own development, the use of their potential and their competence in a professional capacity. Since nurses are expected to professionalism, high efficiency operation, full concentration and commitment to the ongoing responsibilities. Of particular importance is the specific activities in socially excluded.

Nurses perform their duties with the need to help people in danger of social exclusion. Gratitude patients is the primary consideration immaterial, but the material is perceived satisfaction among respondents as insufficient. Nurses are not fully satisfied with the cooperation with international financial institutions.

Key words: nurse, social isolation

Wprowadzenie

Zmiany społeczne i gospodarcze, które mają miejsce w Polsce, znajdują swoje odbicie w wielu obszarach życia. Zmienia się spojrzenie na ochronę zdrowia, zawody lekarza i pielęgniarki. Rola i zadania tych grup zawodowych nieustannie ulegają przeobrażeniom [1]. W społeczeństwie zauważa się wzrost zaufania do działania pielęgniarki środowiskowej.

Zadania pielęgniarki środowiskowej

Współczesna pielęgniarka środowiskowa musi posiadać określony zasób wiedzy: zarówno związanej z możliwością profesjonalnego działania, jak i ogólnej – konieczny

w ciągłym kontakcie z drugim człowiekiem. Należy do niego nie tylko posiadanie formalnych kwalifikacji, ale także umiejętność kierowania własnym rozwojem, wykorzystania własnego potencjału i osobowości w celach zawodowych.

Pielęgniarka w pracy z chorym i jego rodziną nie może stosować sztywnych schematów postępowania. Konieczne jest dostosowanie sprawowanej opieki do wymagań określonej sytuacji, a także kreatywność w realizacji planów, czy wymagających szybkiej interwencji problemów swoich podopiecznych [2].

Pielęgniarka środowiskowa pracuje w podstawowej opiece zdrowotnej, wypełnia funkcje pielęgniarskie wobec chorego i jego rodziny w środowisku ich zamieszkania i społeczności lokalnej. Zgodnie ze specyfiką miejsca świadczenia usług, pielęgniarka środowiskowa podejmuje, wg Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych [1], działania z zakresu: promocji zdrowia, profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, świadczeń leczniczych, świadczeń diagnostycznych oraz świadczeń rehabilitacyjnych.

Pielęgniarka środowiskowa realizuje kompleksową opieką nad jednostką, rodziną i populacją lokalną w zakresie zgodnym z jej przygotowaniem zawodowym – jak podaje Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych: nad zdrowymi i chorymi niezależnie od płci i wieku, nad osobami niepełnosprawnymi, a także nad osobami w stanie terminalnym [1].

Praca pielęgniarki nie polega tylko na wykonywaniu ściśle określonego schematu działań wytyczonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, lecz coraz częściej koniecznością staje się rozwiązywanie problemów związanych z życiem rodziny chorego jako jednostki społecznej. Pielęgniarka w pracy z chorym i jego rodziną, w tym z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym nie może stosować sztywnych schematów postępowania. Konieczne jest zatem dostosowanie sprawowanej opieki do wymagań określonej sytuacji, a także szybkiej interwencji w przypadku wystąpienia problemów u podopiecznych, zarówno natury zdrowotnej, jak i ekonomicznej, psychologicznej, a także społecznej [2].

Pielęgniarka środowiskowa jest zawsze włączona do zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzi lekarze, fizjoterapeuci i pracownicy socjalni. Wszystkie te osoby mają mieć na względzie dobro pacjenta i jego bliskich. W zespołach tych podejmowane są decyzje dotyczące zakresu obowiązków pielęgniarki środowiskowej względem chorego. Istotnym czynnikiem warunkującym skuteczną pracę pielęgniarki środowiskowej jest wypełnianie w pełni założonych procedur terapeutyczno-opiekuńczych. Ten zakres pracy pielęgniarka środowiskowa wykonuje najczęściej bez współdziałania z innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz bez rodziny chorego, stąd też konieczność najwyższego zaangażowania w wypełnianiu procedur pielęgnacyjnych. Pielęgniarka w pracy zawodowej jest zobowiązana do działania wielokierunkowego. Realizuje zadania w określonych warunkach panujących w domu chorego, jest więc narażona na działanie nieprzewidywalnych czynni-

ków, takich jak problemy osobiste pacjenta, konflikty w rodzinie chorego, napięcia związane z interakcjami międzyludzkimi czy też czynniki fizyczne, takie jak hałas, wysoka temperatura, ale również często towarzyszący zaniedbanym chorym przykry zapach [3].

Zaufanie jest koniecznym warunkiem skutecznej pomocy, a jego brak wyklucza możliwość profesjonalnego działania [4]. Niemożność porozumienia się w przypadku pielęgniarki i pacjenta zagrożonego wykluczeniem społecznym często wynika z odmiennego postrzegania świata przez pacjenta [5].

Pielęgniarstwo środowiskowe jest działem pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej obejmującym opieką całą rodzinę, poszczególnych jej członków oraz osoby samotne w środowisku ich życia i zamieszkania [6]. Uzyskanie korzystnej zmiany stanu zdrowia oraz zwiększenie potencjału zdrowia poszczególnych członków rodziny uznaje się za podstawowy cel działań pielęgniarki stanowiący kryterium oceny jej pracy. Aby spełnić właściwie swoją rolę, pielęgniarka środowiskowa musi znać w szczególności cel działań opiekuńczych w stosunku do danego chorego. Ze względu na fakt, że pielęgniarka środowiskowa jako jedyny członek zespołu terapeutycznego ma wielokrotny kontakt z chorym, spełniać powinna rolę szczególnego opiekuna. W tym zakresie winna prowadzić prozdrowotną edukację, tak dla chorego, jak i jego środowiska. Znaczącym działaniem jest rozpoznanie jakości życia chorego i jego rodziny, w tym rozpoznanie sytuacji materialnej, która jest szczególnie istotna, gdy trzeba kupować leki na drogą terapię. Innym wreszcie zakresem działania jest rozpoznanie środowiska, w którym żyje chory, pielęgniarka środowiskowa winna dostrzec również ewentualną patologię związaną z wychowaniem dzieci. Ten zakres działalności jest szczególnie ważny, dzieci bowiem, zwłaszcza nieletnie, wobec problemu ich molestowania są zupełnie bezradne.

Szczególnie trudną sytuacją jest przemoc wobec dzieci. Morawska [7] daje wiele wskazówek dotyczących diagnozowania tego zjawiska. Fakt ten to szczególnie istotny w pracy pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ każdy z nich spotyka dzieci w różnym wieku, w różnych miejscach – w gabinecie, w domu, a także w szkole. Umożliwia to zarejestrowanie niepokojących objawów, szybką diagnozę i podjęcie skutecznych działań. Różne formy przemocy mogą się manifestować w danych uzyskanych z wywiadu, w objawach somatycznych i w zachowaniu dziecka. I tak dziecko zaniedbane może mieć dużą absencję w szkole, bywać w gabinecie medycznym z powodu niespecyficznych dolegliwości, mogą u niego występować wyraźne symptomy zaniedbań, niski standard mieszkania oraz nadużywanie alkoholu. Wśród objawów somatycznych pojawić się może głód, odwodnienie, zaniedbania higieniczne, zarażenia pasożytami, uszkodzenia skóry oraz nieodpowiednie, brudne ubranie. W obserwacji dziecka powinno się zwrócić uwagę na wczesne przychodzenie do szkoły lub późne jej opuszczanie, zmęczenie, prośenie o jedzenie i/lub jego kradzież oraz takie zachowania zbliżone do zachowań dorosłych, używa-

nie alkoholu i narkotyków. Również przemoc psychiczna i emocjonalna mają charakterystyczne, możliwe do zaobserwowania objawy, obserwuje się fałszywą ocenę dziecka przez jego rodziców.

Zawód pielęgniarstwa środowiskowego należy do zawodów trudnych, gdyż podczas wykonywania zadań niejednokrotnie przychodzi zmierzać się z różnymi problemami społecznymi drugiego człowieka. Towarzyszy temu stres i zagrożenie wypaleniem zawodowym. Rola pielęgniarstwa ewoluje od wieków. Zmienia się wraz z rozwojem medycyny i przemianami społecznymi [3]. Tym, co pozostaje niezmiennie w oczekiwaniach wobec kadr pielęgniarstwa, jest profesjonalizm i perfekcjonizm w wykonywaniu zaleconych procedur leczniczo-pielęgniarstwa, a także profil psychologiczny uwzględniający postawę etyczną i umiejętność podporządkowania potrzeb osobistych interesom innych osób.

Podjęcie działań zmierzających do podnoszenia jakości świadczonych usług oraz spójności społecznej powinno być priorytetem dla polityki państwa – poprzez zapewnienie edukacji pielęgniarek środowiskowych oraz poprawy ich sytuacji materialnej. Wysoki poziom kompetencji społecznych ma dobroczynny wpływ zarówno na życie osobiste, jak i zawodowe. W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek identyfikowanie, kształtowanie i doskonalenie tych specyficznych umiejętności może przyczynić się do polepszenia jakości życia ich samych, ich bliskich, całego środowiska zawodowego, ale przede wszystkim pacjentów, z którymi pracują. W dzisiejszych czasach zdaje się sprawdzać idea znana w środowisku biznesowym, że najlepszą inwestycją jest inwestycja w człowieka, rozwój jego potencjału, posiadanych zasobów w tym kompetencji społecznych [2].

Pielęgniarka winna być profesjonalistką, o wysokim poziomie etyczno-moralnym, realizującą swoje zadania zgodnie z kodeksem etyki zawodowej. Dla tego celu konieczna jest znajomość kodeksu zasad współżycia społecznego, zasad pracy zespołowej i współpracy w zespole terapeutycznym, a także wiedza z zakresu odpowiedzialności zawodowej i cywilnej.

Podjęcie problematyki funkcjonowania zawodowego osób świadczących pomoc, w tym pielęgniarek środowiskowych, podkreślić należy istotną rolę kompetencji społecznych dla realizacji zadań zawodowych. Kompetencje społeczne, rozumiane jako wiedza, umiejętności społeczne oraz motywacja do pracy, stanowią niezbędny element profesjonalnego podejścia do wykonywanego zawodu, jak również do osób, którym jest świadczona pomoc [8].

Wykluczenie społeczne

Wykluczenie społeczne określa sytuację, w której dana jednostka będąca członkiem społeczeństwa nie może normalnie współuczestniczyć w działaniach obywateli tego

społeczeństwa, przy czym ograniczenie to nie wynika z jej wewnętrznych przekonań, ale znajduje się poza kontrolą wykluczonej jednostki. Wykluczenie społeczne jest zjawiskiem wielowymiarowym i w praktyce oznacza niemożność uczestnictwa w życiu gospodarczym, politycznym i kulturowym, w następstwie braku dostępu do zasobów, dóbr i instytucji, ograniczenia praw społecznych oraz deprywacji potrzeb. Często wykluczenie społeczne utożsamia się błędnie z pojęciem trudnej sytuacji materialnej. Mimo że są to pojęcia pokrewne, to wykluczenie społeczne jest pojęciem szerszym, gdyż oprócz niskich dochodów, zwraca też uwagę na inne czynniki powodujące wyłączenie jednostek z funkcjonowania w życiu społecznym. Pielęgniarka środowiskowa mająca kontakt z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym może zmniejszyć zakres patologii, ponieważ posiada znajomość modeli organizacji i finansowania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, podstaw prawnych regulujących działanie świadczeń, zagadnień dotyczących działalności organizacji pozarządowych mogących współdziałać na rzecz zdrowia rodziny i jej członków [9].

Grupami społecznymi najbardziej narażonymi na wykluczenie społeczne są, wg Jarosz [5], osoby niepełnosprawne, osoby chore psychicznie, uzależnieni, długotrwale bezrobotni, opuszczający zakłady karne i poprawcze, kobiety samotnie wychowujące dzieci, ofiary patologii życia rodzinnego, osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, starsze osoby samotne, bezdomni, dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych oraz wychowujące się poza rodziną, a także osoby będące imigrantami oraz członkowie mniejszości narodowych (np. członkowie społeczności romskiej).

W dzisiejszym świecie wykluczenie społeczne z powodu patologii jest problemem nabierającym szczególnego znaczenia [10]. W opiece nad środowiskiem pacjenta pielęgniarka współpracuje z lekarzem rodzinnym i innymi profesjonalistami działającymi na rzecz rodziny, jak np. położna, rehabilitant czy pracownik socjalny [11].

Działalność pielęgniarki środowiskowej w środowisku osób zagrożonych wykluczeniem społecznym

Od pielęgniarki środowiskowej działającej w środowisku osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oczekuje się możliwie najwyższej jakości usług, ale także współczucia i empatii. Szczególnie w pomocy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym wymagane są wysokie kompetencje pielęgniarki środowiskowej w celu integracji chorych ze społeczeństwem. Osoby takie bowiem są szczególnie wrażliwe i bardzo łatwo ulegają emocjom – stąd konieczność wszechstronnego zrozumienia i jednocześnie mądroj, pomocy ze strony pielęgniarki środowiskowej. Często konieczne jest angażowanie również placówek pomocowych w celu rozwiązania

licznych problemów osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Profesjonalizm pielęgniarek środowiskowych połączony z powołaniem do zawodu ma szansę spowodować, że życie podopiecznych nabierze wartości.

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek, identyfikowanie, kształtowanie i doskonalenie tych specyficznych umiejętności może przyczynić się do polepszenia jakości życia ich samych, ich bliskich, całego środowiska zawodowego, ale przede wszystkim pacjentów, z którymi pracują. Praca pielęgniarki środowiskowej jest zatem zawodem związanym z ciągłą edukacją. Od pielęgniarek oczekuje się profesjonalizmu, wysokiej sprawności intelektualnej, pełnej koncentracji i zaangażowania w podejmowane działania. Zdobywanie przez nich doświadczenia i wprawy w wykonywaniu zadań zawodowych, jak też poszerzanie własnych kompetencji oraz poszukiwanie rzetelnych informacji pomaga w profesjonalnym udzieleniu pomocy osobom potrzebującym. Ludziom będącym w trudnej sytuacji życiowej potrzebne jest przekonanie, że mają wsparcie i dzięki temu potrafią znaleźć wyjście niejednokrotnie z ciężkiej sytuacji [11].

Z zawodem pielęgniarki związane jest szereg zagadnień natury etycznej. Jedną z istotniejszych ról odgrywa tu sama motywacja wyboru zawodu. Nie bez znaczenia jest także osobista satysfakcja z wykonywanej pracy. Służba drugiemu człowiekowi świadczona przez pielęgniarkę środowiskową jest nierzadko zaburzona na skutek biurokratyzowanych zasad udzielania pomocy [12]. W takich warunkach łatwo jest o bezsilność, o utratę wiary w skuteczność niesionej pomocy, a co za tym idzie – wypalenie zawodowe. Wykonywanie zawodu wymaga od pielęgniarki środowiskowej określonych predyspozycji i kompetencji, które nie zawsze mogą być zdobyte w procesie edukacyjnym, a które często wpisane są w naturę danej osoby [13]. Potencjałem współczesnej pielęgniarki środowiskowej w wykonywanym przez nią zawodzie, staje się obecnie nie tylko posiadanie formalnych kwalifikacji gwarantowanych przez wykształcenie. Konieczna jest również umiejętność kierowania własnym rozwojem, co zwiększa efektywność pracy i jednocześnie zapobiega wypaleniu zawodowemu. Pielęgniarki środowiskowe właściwie wykonują swoją pracę, jeżeli umieją wykorzystać swoją wiedzę, umiejętności i kompetencje w kontaktach z pacjentami [14]. Przygotowanie pielęgniarki środowiskowej w systemie profesjonalnego kształcenia do pracy z osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym powinno umożliwiać realizowanie funkcji opiekuńczych, konsultacyjnych i edukacyjnych. Realizacja tych funkcji, przez pełnienie roli nie tylko opiekuńczej, ale również roli doradcy, rzecznika i nauczyciela, pozwoli zaspokajać najważniejsze potrzeby chorego, w tym osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Badania przeprowadzone przez Marcisz [15] i Ździebło [16] dowodzą, że prestiż zawodu nie jest brany pod uwagę w wyborze specjalności pielęgniarki środowiskowej.

W zawodzie pielęgniarki środowiskowej postrzega się wiele niedogodności. Jako największa przeszkoda w wykonywaniu obowiązków zawodowych jest wskazywa-

na biurokracja, a dopiero na dalszych pozycjach stres, zła współpraca z pacjentem i jego rodziną czy zła współpraca zespołu leczącego jako sytuacji uciążliwych w pracy. Wykonywany zawód cieszy się znaczącym poważaniem w społeczeństwie, a jednak w opinii pielęgniarek gratyfikacja ich pracy jest znacząco zbyt niska. Ostrowska [17] wskazuje, że praca pielęgniarki środowiskowej jest wynagradzana niematerialnie, poprzez wdzięczność okazywaną przez pacjentów.

Wygrodzenie, wskazywane jest jako obszar pracy pielęgniarki środowiskowej, w których istnieje potrzeba zmian [15]. Dla efektywnego wykonywania zawodu pielęgniarki środowiskowej konieczna jest współpraca z szeregiem instytucji państwowych i prywatnych. Najczęściej wymienianą instytucją, z którą współpracują pielęgniarki środowiskowe jest MOPS (Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej). Jako spełnienie oczekiwań pielęgniarek, najczęściej wskazywane są relacje z pacjentami [16].

Wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym występuje wiele czynników sprzyjających wykluczeniu – najczęściej spotykanym problemem jest długotrwała choroba. Negatywne zjawiska dotyczące dzieci i młodzieży najczęściej wymieniane to zaniedbania wychowawcze. Badania Babbie [18] oraz Marcisz [15] wskazują, że dostrzeganie problemów i reagowanie na nie, oprócz wykonywania podstawowych zabiegów medycznych, to najczęstszy sposób reakcji i działania pielęgniarek środowiskowych w przypadku skierowania ich do pracy w rodzinach zagrożonych wykluczeniem społecznym. Problem wsparcia w sytuacjach kryzysowych jako istotny problem zawodu podają też Kubacka-Jasiecka i Lipowska-Teutsch [4]. Pomaganie zostało wymienione jako najbardziej istotna umiejętność w kontakcie z drugim człowiekiem w działaniu pielęgniarki środowiskowej.

Podsumowanie

Wypełnianie roli zawodowej przyjmuje postać wieloetapowego procesu, którego przebieg i efekty wyznaczone są szeregiem czynników natury środowiskowej i indywidualnej, co szczegółowo opisuje Szlendak [19]. Możliwość realizowania się w roli zawodowej, czerpanie satysfakcji z wykonywanych, specyficznych dla niej czynności dotyczących pomocy i opieki nad osobami wykluczonymi społecznie, znajduje konsekwencje w jakości działań składających się na inne role społeczne, wpisane w codzienne funkcjonowanie tej osoby. Identyczne spostrzeżenia podawały wcześniej Marcisz [15] i Ździebło [16]. Kompetencje społeczne tworzone są przez zdolności warunkujące efektywne radzenie sobie w określonego typu sytuacjach społecznych i nabywane są przez jednostkę w trakcie treningu społecznego.

Powyższe spostrzeżenia mogą się przyczynić do stworzenia profilu kompetencyjnego, demograficznego i osobowościowego modelowej pielęgniarki środowiskowej w działalności na rzecz osób wykluczonych społecznie. Ważną kwestią jest

również możliwość zdiagnozowania potrzeb, obszarów wymagających doskonalenia i doszkalania celem podnoszenia prestiżu zawodowego oraz stworzenia możliwości zbudowania podstaw programu rozwoju kompetencji kształcenia zawodu pielęgniarki środowiskowej.

Bibliografia

1. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych, Zakres kompetencji położnej środowiskowej/rodzinnej, MZiOS, Departament Pielęgniarstwa 2003.
2. Łobocki M, Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 1999.
3. Fengler J, Obciążenie i wypalenie w różnych zawodach związanych z pomaganiem. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000.
4. Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. Kraków, Wydawnictwo ALL 1997.
5. Jarosz M, Naznaczeni i napiętnowani. O wykluczeniu politycznym. Warszawa 2008.
6. Sobkowiak L, Terenoterapia w pracy z ludźmi w podeszłym wieku. Toruń, UMK 2003.
7. Morawska D, Przemoc wobec dziecka. Warszawa, ORE 2011.
8. Berger L, Luckmann T, Społeczne tworzenie rzeczywistości. Warszawa, PIW 1983.
9. Sroczyński W, Rozwój kompetencji społecznych w ciągu całego życia – osoba na linii życia. Warszawa, Dom Wydawniczy Elipsa 2000.
10. Olejnik S, Etyka lekarska. Katowice, Wydawnictwo Unia 1995.
11. Trafiałek E, Polityka społeczna dla pedagogów i służb społecznych. Tarnobrzeg, PWSZ 2007.
12. Wierszal-Bazyl M, Stosunek do zawodu pielęgniarek polskich i z innych krajów europejskich. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 1–2, 23–31.
13. Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z, Elementy socjologii dla pielęgniarek. Lublin 2000.
14. Pieniążek A, Stefaniuk M, Socjologia prawa. Zarys wykładu. Kraków, Zakamycze 2000.
15. Marcisz E, Zakres kompetencji a satysfakcja z pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo 2000, 1, 43–50.
16. Żdziebło K, Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek, Zdrowie Publiczne 2002, 112, 492–496.
17. Ostrowska A, Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy, Warszawa, IFiS PAN 2009.
18. Babbie E, Podstawy badań społecznych. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 2009.
19. Szlendak B, Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarek. Pielęgniarki i Położne 2002, 7, 18–21.

Rak podstawnokomórkowy skóry – diagnostyka i leczenie

Basal cell carcinoma – diagnosis and treatment

Abstract

Tumors cause a significant number of deaths among people. Basal cell carcinoma (BCC), ranks second among all common cancers. BCC relates primarily to Caucasians. The risk increases with age, particularly in the sixth and seventh decades of life, there is a greater risk of disease in men than women. BCC tumors grow slowly, with local malice and rarely metastasize. The problem of the occurrence of BCC is often underestimated, because cancer isn't direct threat of life. BCC is a serious cause of cosmetic defects, significantly impairing the quality of life. The diagnosis of BCC is determined mainly on the substitution with histopathological examination, recently often supplemented by molecular studies. BCC cancer treatment is carried out usually by surgical excision, cryosurgery, curettage of cautery, laser therapy, radiation therapy, photodynamic therapy, immunotherapy, local pharmacotherapy (Imiquimod, 5-fluorouracil). Knowledge about molecular basis of the formation and invasion of tumors allows to very precise treatment of basal cell carcinoma of the skin, based on molecular interactions.

Key words: BCC, NMSC, treatment of basal cell carcinoma

Wprowadzenie

Nowotwory stały się obecnie jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych na świecie. Po chorobach układu krążenia są główną przyczyną zgonów. Raki skóry należą do najczęściej występujących nowotworów złośliwych. U ludzi rasy białej stanowią aż 30% ogólnej liczby zachorowań na nowotwory. Aktualne dane wykazują [1], że w ostatnich dziesięcioleciach liczba odnotowywanych przypadków zachorowań na raka skóry stale się zwiększa (nawet o 10–15% rocznie). Do nieczerniakowych nowotworów skóry (NMSC – *non melanoma skin cancer*) zalicza się nowotwory wywodzące się z komórek nabłonkowych naskórka, do których należy rak podstawnokomórkowy (BCC – *basal cell carcinoma*) i kolczystokomórkowy (SCC – *squamous cell carcinoma*) [1].

Rak podstawnocomórkowy

Rak podstawnocomórkowy jest najczęściej występującym nowotworem skóry u ludzi rasy kaukaskiej i jednocześnie stanowi niemal 30% wszystkich wykrywanych nowotworów. Zapadalność na BCC od ponad 50 lat wzrasta w sposób ciągły i każdego roku zwiększa się o około 10–15%. Ryzyko zachorowania na raka podstawnocomórkowego u ludzi rasy kaukaskiej rośnie wraz z wiekiem. Najwięcej przypadków raka podstawnocomórkowego występuje u osób w przedziale wiekowym od 60 do 69 lat. Szacuje się, że nieczerniakowe nowotwory skóry rozwijają się u około 50% ludzi powyżej 65 roku życia, a u 50% chorych w przebiegu 5 lat powstają kolejne zmiany [1]. Wystąpienie raka podstawnocomórkowego u osób poniżej 30 roku życia należy do rzadkości, choć w ostatnim czasie zaobserwowano obniżenie średniej wieku pojawiania się BCC, włącznie z kilkoma przypadkami wystąpienia u nastolatków [2, 3]. Dane dotyczące częstości występowania BCC nie są jednak dokładne [2].

Częstość występowania raka podstawnocomórkowego ma związek z płcią, mężczyźni mają nieznacznie większe prawdopodobieństwo zachorowania niż kobiety [1]. Rak podstawnocomórkowy najczęściej rozwija się w miejscach takich, jak głowa czy szyja, na skórze powiek, nosa, czoła oraz policzków, czyli w miejscach najbardziej narażonych na bezpośredni kontakt z promieniowaniem słonecznym [4, 5], natomiast nigdy nie pojawia się na dłoniach, stopach oraz błonach śluzowych [6].

BCC należy do guzów typu płodowego, wywodzi się z warstwy komórek podstawnych naskórka oraz mieszków włosowych [5]. W guzie widoczne są drobne naczynka wypełnione krwią, określane mianem teleangiektazji. Ta niebolesna zmiana jest w wielu przypadkach ignorowana przez chorych, co istotnie pogarsza dalsze rokowania. Przebieg kliniczny raka podstawnocomórkowego skóry jest trudny do przewidzenia. BCC jest nowotworem o łagodnym obrazie histologicznym, często niedającym dolegliwości przedmiotowych [1]. Rak podstawnocomórkowy charakteryzuje się powolnym wzrostem, zwykle nowotwór wzrasta latami [7]. Guzy BCC mają zdolność do miejscowej, ale wielokierunkowej ekspansji, gdzie w zdrowych tkankach tworzą wypustki, co znacząco utrudnia radykalną resekcję [3]. Znane są jednak przypadki, w których nowotwór rośnie bardzo szybko, zajmując głębsze warstwy [1]. Jeśli rak ten nie jest odpowiednio leczony, może nastąpić naciekanie i niszczenie okolicznych tkanek, w tym podskórnej tkanki tłuszczowej, mięśni, chrząstek, a nawet kości [8]. Skłonność do przerzutów w przypadku BCC oszacowano na około 0,0028–0,5% przypadków, dzięki czemu rak ten zakwalifikowany został do miejscowo złośliwych [1, 3].

Śmiertelność w przypadku raka podstawnocomórkowego, tak jak i raka kolczystocomórkowego, jest stosunkowo mała. Dane wskazują, że w USA liczba zgonów

będących wynikiem rozwoju obu tych nowotworów wynosi 1000–2000 osób w ciągu całego roku, podczas gdy liczba wszystkich wykrywanych w tym kraju nowotworów skóry określa się na ponad milion [9, 10].

Klasyfikacja oparta na histologicznym wzorcu wzrostu guza przyczyniła się do powstania bardzo użytecznego podziału obejmującego stopień ryzyka powikłań związanych z rozwojem poszczególnych podtypów BCC [9, 11]. Postacie wysokiego ryzyka charakteryzują się zwiększonym prawdopodobieństwem rozrostu i lokalnej inwazyjności, mogącej utrudniać chirurgiczne usunięcie guza. Ponadto mają one skłonność do nawrotów, co istotnie zmniejsza szanse całkowitej regresji choroby [12, 13].

Najbardziej użyteczna klinicznie jest klasyfikacja opierająca się jednocześnie na analizie cech klinicznych, przebiegu choroby i oceny histopatologicznej, w której wyróżnia się następujące postaci raka podstawnocomórkowego: guzkową, naciekającą, powierzchowną, barwnikową, twardzinopodobną, wrzodziejącą i wrzodziejąca olbrzymią [1, 14].

Najczęściej występuje postać guzkowa (stanowi około 60% przypadków) [15, 16]. BCC typu naciekającego, drugi pod względem częstości występowania [15], zaliczany bywa do postaci twardzinopodobnej lub guzkowej [12, 16]. Rak podstawnocomórkowy powierzchowny jest trzeci co do częstości występowania [16].

Molekularne podłoże BCC

Wymienia się wiele czynników odpowiedzialnych za powstawanie raka podstawnocomórkowego, jednak najistotniejszą rolę w procesie nowotworzenia odgrywa promieniowanie UV szczególnie UV-B [16–20]. Promieniowanie UV charakteryzuje się wielokierunkowym wpływem na skórę.

W patogenezie raka podstawnocomórkowego szczególne znaczenie mają proto-onkogeny, w tym rodzina genów RAS. Powstawanie nowotworu jest konsekwencją wystąpienia mutacji w genach, których produkty są istotne dla prawidłowego przebiegu proliferacji, wzrostu komórek, różnicowania się i apoptozy [21]. Podkreśla się również znaczenie genu P53, który należy do genów supresorowych, odgrywających kluczową rolę w powstawaniu NMSC. U 50% chorych z BCC stwierdza się mutacje P53. Angiogeneza jest niezwykle ważnym zjawiskiem w rozwoju i progresji raka podstawnocomórkowego. Najlepiej poznanym genem biorącym udział w tym procesie jest właśnie gen P53. Zniesienie funkcji supresorowej P53 wpływa destabilizująco na czynnik wzrostu śródbłonna VEGF (*vascular endothelial growth factor*) oraz trombospondynę-1 [22].

W NMSC często dochodzi również do zaburzenia funkcjonowania szlaku sygnałowego Hedgehog, który odgrywa kluczową rolę w regulacji prawidłowego rozwoju

i proliferacji komórek. Białka uczestniczące w szlaku Hedgehog kodowane są przez rodzinę genów Hedgehog oraz gen supresorowy PATCHED (*human homologue of Drosophila patched gene*) [23].

Telomeraza jest enzymem odpowiedzialnym za przeciwdziałanie starzeniu się komórek. Białko to składa się z domeny odwrotnej transkryptazy (hTERT) i nici RNA (Herc/hTR). Badania przeprowadzone w biopsjach skórnych pobranych od pacjentów chorych na raka podstawnocomórkowego i kolczystocomórkowego wykazały zależność pomiędzy zwiększoną ekspresją podjednostki hTR a rozwojem tych raków skóry [24].

Zwiększony poziom KI-67 wykazuje silną korelację ze stopniem złośliwości postaci powierzchownej i guzkowej BCC, co stanowi dowód istotnej roli KI-67 w patogenezie raka podstawnocomórkowego skóry [25]. Rola COX-1 i COX-2 w patogenezie BCC została opisana na mysim modelu, a potem także w badaniach klinicznych u ludzi [26].

Zaburzenie procesu apoptozy odgrywa ważną rolę w inicjacji i dalszym rozwoju nowotworu. W przypadku agresywniejszej formy raka podstawnocomórkowego proces apoptozy wykazuje większą intensywność (BCC2) niż w formie łagodniejszej (BCC1). Niski wskaźnik apoptozy w formie łagodniejszej stanowi pozytywny wskaźnik prognostyczny regresji choroby [27].

W oparciu o podłoże molekularne powstawania raka podstawnocomórkowego skóry możliwe jest odkrycie i stosowanie coraz nowszych i bardziej precyzyjnych metod diagnostyki oraz terapii, w tym w celowanej terapii przeciwnowotworowej.

Diagnostyka raka podstawnocomórkowego

Rak podstawnocomórkowy skóry zazwyczaj bywa rozpoznany w czasie badania fizykalnego pacjenta. Makroskopowa ocena guza, badanie dermatoskopem, połączone z wywiadem, dają trafne rozpoznanie w większości przypadków. Poprawność postawionej diagnozy potwierdza zawsze diagnostyka histopatologiczna, która jednocześnie pozwala wybrać schemat dalszego sposobu leczenia. Ciągłe jeszcze spotykane są przypadki zaawansowanych postaci BCC, zmian obecnych od wielu lat, a wówczas niezbędne jest uzupełnienie diagnostyki o badania obrazowe, takie jak zdjęcia RTG, tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny, pozwalające na ocenę stopnia destrukcji przyległych tkanek [28].

Leczenie raka podstawnocomórkowego

Możliwości leczenia nowotworów skóry są większe niż w przypadku nowotworów narządów wewnętrznych. W wyborze metody brane są pod uwagę takie czynniki,

jak odmiana histopatologiczna, umiejscowienie, wielkość guza i głębokość nacieku, stopień zajęcia tkanek przylegających do zmiany oraz ogólny stan chorego, a także zachowanie funkcji leczonej części ciała, możliwy do osiągnięcia efekt kosmetyczny oraz koszt leczenia [29, 30].

Biorąc pod uwagę stopień zaawansowania BCC stosuje się metody bardziej lub mniej inwazyjne. Do bardziej radykalnych metod należy resekcja guza oraz chirurgia kontrolowana mikroskopowo Mohsa, co umożliwia histopatologiczną ocenę guza [31–34], a także kriochirurgia, łyżeczowanie z kauteryzacją (elektrodesykacją) i laseroterapia. Metody te są oparte na wycięciu lub zniszczeniu zmiany. Do metod zachowawczych leczenia BCC zalicza się radioterapię, terapię fotodynamiczną (miejscową fotochemioterapię) i immunoterapię [35]. Możliwa jest również miejscowa farmakoterapia z zastosowaniem preparatów zawierających Imiquimod lub 5-fluorouracyl, a także farmakoterapia doustna z zastosowaniem Vismodegibu [36–38]. Każda z metod daje dobre efekty terapeutyczne, jednak najczęściej zalecaną metodą jest usunięcie chirurgiczne (najefektywniej techniką Mohsa). Dzięki tej metodzie możliwe jest określenie marginesu zdrowej tkanki, co minimalizuje ryzyko nawrotu nowotworu [21, 32, 39]. W dużej liczbie przypadków leczenie chirurgiczne lub radioterapia są w stanie zapewnić zadowalające efekty leczenia. Ciągłe jednak poszukiwane są nowe metody leczenia w oparciu o podłoże molekularne rozwoju raka BCC.

Chirurgia onkologiczna to najbardziej uniwersalna metoda leczenia raka podstawukomórkowego skóry. Znajduje ona zastosowanie w przypadku ognisk pierwotnych BCC o wielkości poniżej 3 cm, natomiast nie może być użyta w celu usunięcia guzów nawrotowych [39]. Po zastosowaniu chirurgii onkologicznej regresja choroby u pacjentów z BCC wynosi 90%, a przy guzach o średnicy poniżej 2 cm nawet 98% [31, 39–41]. W przypadku szczególnie dużych, naciekających guzów BCC stosowane są chirurgiczne wycięcia wraz z rekonstrukcją [38].

Metodą charakteryzującą się bardzo dużą skutecznością oraz niską częstością nawrotów jest chirurgia mikrograficzna Mohsa (MMS– *micrographic Mohs surgery*) [33]. Zabieg wykonany tą metodą zapewnia pełną kontrolę histopatologiczną obrzeża usuniętej zmiany nowotworowej oraz całkowitą resekcję guza, przy minimalnym ubytku zdrowych tkanek i jest traktowany jako postępowanie z wyboru, szczególnie przy guzach o agresywnym wzroście, dających duże prawdopodobieństwo nawrotu. Chirurgia według Mohsa zarezerwowana jest dla resekcji trudnych postaci nowotworów, w krytycznych umiejscowieniach (nos, powieki, małżowina uszna, wargi, palce, narządy płciowe), w nawrotach, po zastosowaniu radioterapii, a także kiedy konieczna jest reoperacja po nieskutecznym zabiegu chirurgicznym. Według danych, okres 5-letniej wyleczalności, bez widocznej wznowy wynosi powyżej 95% [39], a niektóre źródła mówią nawet o 99% [40]. Niestety pomimo licznych zalet chirurgia mikrograficzna Mohsa jest metodą bardzo powolną, wymagającą dużej

go doświadczenia i ogromnej precyzji operatora. Ponadto zastosowanie tej techniki wiąże się z bardzo dużymi kosztami, dlatego wiele ośrodków nie ma warunków do jej stosowania [31, 39, 42].

Spośród metod określanych jako dermatologiczne, najczęściej wykonywane jest łyżeczkowanie z kauteryzacją (elektrodesykacją; *curattage and electrodesiccation*). W pierwszym etapie tego zabiegu guz usuwa się w znieczuleniu ogólnym z marginesem 2 do 4 mm prawidłowej tkanki. Następnie dzięki zastosowaniu metody kauteryzacji dochodzi do zniszczenia głębiej położonych warstw skóry do około 1 mm. W zależności od wielkości guza schemat ten powtarza się do trzech razy. Metoda łyżeczkowania z elektrodesykacją należy do bardzo skutecznych, a wyleczalność pacjentów, przy zastosowaniu tej metody, chorujących na raka podstawnokomórkowego skóry, waha się w granicach od 90 do 98% [32].

W usunięciu zmian nowotworowych raka podstawnokomórkowego stosuje się również należącą do technik ablacyjnych kriochirurgię. Metoda ta polega na zastosowaniu ciekłego azotu w celu zamrożenia, a następnie samoistnego odmrożenia docelowej tkanki guza. Aplikacja ciekłego azotu ma na celu wytworzenie, w tkance guza i w marginesie zdrowej tkanki, temperatury od -50°C do -60°C . Kriochirurgia wykorzystywana jest najczęściej w leczeniu guzów BCC o niskim prawdopodobieństwie nawrotu. Kriochirurgia należy do terapii charakteryzujących się wysokim stopniem wyleczalności, który sięga nawet 99% u pacjentów z rakiem podstawnokomórkowym. Wadą tej metody jest powstawanie pozapalnych zmian barwnikowych i hipertroficznego rogowacenia tkanki w rejonie poddanym kriochirurgii. Bezpośrednio po zabiegu tworzy się także wypełniony osoczem pęcherz, który znika po tygodniu, niemniej jest bardzo bolesny [31, 39, 42]. Obie te metody nie dają jednak możliwości histopatologicznej oceny zmiany, zatem konieczne jest wcześniejsze badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia typu guza i kwalifikacji do wykonania powyższych metod [28].

Laseroterapia jest metodą rzadko stosowaną, jest przydatna jedynie do usuwania guzów o niewielkich rozmiarach, zlokalizowanych powierzchownie. Istotna jest wcześniejsza ocena histopatologiczna, aby wykluczyć prawdopodobieństwo nawrotu nowotworu związane z nieprawidłowym rozpoznaniem typu guza. Nie jest możliwe wykonanie ablacji laserem przy zlokalizowaniu guza na powiekach i w okolicy oczu [43].

Radioterapia jest metodą leczenia zalecaną u tych pacjentów, którzy nie mogą poddać się operacji z powodu złego stanu zdrowia (choroby serca, zaburzenia krzepliwości krwi) lub podeszłego wieku. Metoda ta jest szczególnie polecana w przypadku guzów w centralnej części twarzy, w obrębie nosa, warg i powiek. Usunięcie chirurgiczne takich guzów wiąże się z poważnymi defektami kosmetycznymi i koniecznością zastosowania dodatkowych zabiegów rekonstrukcyjnych. Wskazaniem do radioterapii pooperacyjnej są zdiagnozowane pozytywne

marginesy, a także naciek guza do chrząstek, kości i mięśni oraz zajęcie nerwów. Leczenie przy użyciu radioterapii polega na napromieniowaniu zmian nowotworowych promieniowaniem jonizującym i efektywnym ich zniszczeniu. Najczęściej terapię prowadzi się w 10 frakcjonowanych dawkach po 50–60 Gy przez 4–8 tygodni. Dobry efekt kosmetyczny uzyskuje się natomiast przy zastosowaniu radioterapii w dawkach frakcyjnych 2–3 Gy [44]. Średni wskaźnik nawrotów BCC po leczeniu przy użyciu radioterapii wynosi 8,7%, a więc jest wyraźnie większy od wskaźnika dotyczącego terapii Mohsa [31, 39, 46, 47]. Radioterapia nie jest zalecana u chorych poniżej 50. roku życia, ponieważ możliwy jest gorszy efekt kosmetyczny, ale także wzrasta ryzyko rozwoju guzów indukowanych promieniowaniem jonizującym [44, 45].

Oprócz wyżej przedstawionych metod leczenia raka podstawnocomórkowego skóry możliwa jest również terapia fotodynamiczna, która jest szczególnie skuteczna w przypadku odmiany powierzchownej BCC. Metoda ta nie jest jednak często wykorzystywana ze względu na czasochłonność leczenia i dyskomfort znacznych dolegliwości bólowych w czasie naświetlania. W miejscowej fotochemioterapii wykorzystuje się kwas metyloaminolewulinowy [47, 48]. Nie stosuje się tej metody dla guzów o dużych rozmiarach głęboko naciekających [48].

Od kilku lat stosowany jest silny lek immunomodulujący o nazwie Imiquimod [36, 49]. Terapia tym lekiem daje najlepsze rezultaty w leczeniu powierzchownych postaci BCC [31]. Imiquimod moduluje odpowiedź immunologiczną związaną z działaniem komórek dendrytycznych i monocytów, indukuje interferon α i cytokiny [28, 50]. Niestety przy zastosowaniu tej metody możliwe jest niepełne wyleczenie i pojawienie się nawrotów nowotworu. Głównymi skutkami ubocznymi odnotowanymi w trakcie 5-letniej terapii były rumień, strupy, ból, objawy grypopodobne i owrzodzenia [50]. W niektórych przypadkach objawy te miały bardzo ciężki przebieg [31, 36].

Innym preparatem stosowanym miejscowo w leczeniu raka podstawnocomórkowego skóry jest 5-fluorouracyl. Lek ten należy do antymetabolitów pirymidynowych hamujących syntezę DNA. Obecnie jednak 5-fluorouracyl nie jest zalecany jako lek pierwszego rzutu u pacjentów z BCC [42].

W stadium badań klinicznych są metody oparte na wstrzykiwaniu do tkanki guza interferonu- α 2b i interferonu- β -1a [51].

Możliwości poznania molekularnych podstaw wzrostu i różnicowania się komórek, apoptozy i inwazji guzów nowotworowych, pozwala na bardzo precyzyjne, oparte na oddziaływaniach cząsteczkowych, leczenia raka podstawnocomórkowego skóry. Poznane mechanizmy zachodzenia szlaków sygnałowych, takich jak szlak EGFR (szlak receptora dla kinazy tyrozynowej) i szlak Hedgehog są wykorzystywane w celowanej terapii przeciwnowotworowej [22]. Receptor EGFR może zostać zablokowany przez przeciwciała monoklonalne (cetuksymab, panitumumab, matu-

zumab), a także przez drobnocząsteczkowe inhibitory kinazy tyrozynowej (*tyrosine kinase inhibitors* – TKI) w formie preparatu gefitinibu i erlotinibu [52].

W patogenezie raka podstawnokomórkowego występują również mutacje inaktywujące w genie *PATCHED*, co powoduje aktywację białek SMO, które wykazują bardzo dużą aktywność w tych nowotworach złośliwych, w których jest zaangażowany szlak sygnałowy sonic Hedgehog. Preparat GDC-0449, który jest inhibitorem białka SMO stosowany jest jako skuteczny lek w zaawansowanych, nieoperacyjnych postaciach BCC. Preparat GDC-0449 jest testowany klinicznie, ze względu na szereg pozytywnych aspektów, takich jak dobra odpowiedź kliniczna i długi czas utrzymywania się tej odpowiedzi, a także niewielkie działania niepożądane [53, 54].

Innym drobnocząsteczkowym inhibitorem szlaku Hedgehog jest Vismodegib [37]. Lek ten, podawany doustnie, jest wskazany do stosowania u dorosłych, u których stwierdzono: objawowego raka podstawnokomórkowego z przerzutami; miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego niespełniającego kryteriów leczenia chirurgicznego lub radioterapii. Vismodegib wiąże się z białkiem SMO i hamuje jego funkcję, tym samym prowadząc do zablokowania transdukcji sygnału przekazywanego szlakiem Hedgehog. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu dla tego preparatu zostało udzielone warunkowo [37].

Przeprowadzono kliniczne próby nastrzykiwania guzów BCC DNAzymem [54]. DNAzym Dz13 jest skierowany specyficznie przeciwko matrycowemu RNA (mRNA) genu *JUN* [55]. DNAzymy są syntetycznymi pojedynczo niciowymi oligonukleotydami, wykazującymi aktywność katalityczną [56]. Poprzez komplementarne dopasowanie się, cząsteczki te wiążą i rozszczepiają docelowe mRNA, w obszarach flankujących, co prowadzi do reakcji deestryfikacji [57]. DNAzymy różnią się od rybozymów i małych interferujących RNA tym, że składają się w całości z DNA, a nie RNA i z oligonukleotydów antysensownych, ponieważ zawierają domenę katalityczną [58]. Ekspresja C-JUN, który jest podstawowym celem Dz13 [57], ulega obniżeniu w guzie podstawnokomórkowym, zmniejsza się też głębokość guza, zwiększa się ekspresja kaspaz 3, 8, 9 i P53, a ekspresja BCL 2 obniża się. Ocena farmakodynamiczna wykazała, że ekspresja kilku czynników, które są kandydatami na biomarkery BCC (np. VEGF-A, FGF-2, MMP-2 i MMP-9) została zmniejszona przez iniekcję Dz13 do guza BCC. Wzrosła również ilość komórek w bezpośrednim sąsiedztwie guza, które są związane z odpowiedzią przeciwzapalną i immunologiczną [55].

Podsumowanie

W aspekcie podjęcia odpowiedniego leczenia pacjentów z BCC szczególnie ważna jest właściwa diagnostyka. W obrazie histopatologicznym rozpoznawane są czę-

Tabela 1. Wpływ systemu organizacji pracy na powstawanie problemów moralnych z uwzględnieniem czynników społeczno-demograficznych

Czynniki społeczno-demograficzne		Tak n %	Nie n %	Razem n %	Analiza statystyczna
Miejsce pracy	Puławy	32	18	50	Chi ² = 3,35 p = 0,06
		64,00%	36,00%	100,00%	
	Lublin	35	39	74	
		47,30%	52,70%	100,00%	
	Razem	67	57	124	
Poziom wykształcenia	Pielęgniarka dyplomowana	50	44	94	Chi ² = 0,11 p = 0,74
		53,19%	46,81%	100,00%	
	Licencjat/magister pielęgniarstwa	17	13	30	
		56,67%	43,33%	100,00%	
	Razem	67	57	124	
Staż pracy	Do 10 lat	16	12	28	Chi ² = 1,96 p = 0,37
		57,14%	42,86%	100,00%	
	11–20 lat	18	22	40	
		45,00%	55,00%	100,00%	
	Ponad 20 lat	33	23	56	
Placówka służby zdrowia	szpital specjalistyczny	67	57	124	Chi ² = 4,88 p = 0,03*
		54,03%	45,97%	100,00%	
	szpital kliniczny	46	28	74	
		62,16%	37,84%	100,00%	
	Razem	21	29	50	
		42,00%	58,00%	100,00%	
		67	57	124	
		54,03%	45,97%	100,00%	

Tabela 2. Czynniki wpływające na powstawanie problemów natury moralnej według opinii respondentów

Lp.	Czynniki	n
1.	praca zmianowa	6
2.	dyżury dwunastogodzinne	1
3.	dyżury ośmiogodzinne	3
4.	praca w godzinach nocnych	15
5.	przeciążenie pracą	67
6.	wypalenie zawodowe	41
7.	trudne warunki pracy	50
8.	zła atmosfera w zespole terapeutycznym	21
9.	dodatkowe dyżury	4
Razem		208

* liczba n nie jest równa liczbie osób badanych, ponieważ respondenci wybierali więcej niż jedną odpowiedź

Według respondentów, kolejnym czynnikiem wpływającym na powstawanie problemów natury moralnej w pracy pielęgniarki opiekującej się pacjentami po udarze mózgu jest nieadekwatna liczba personelu, aby prawidłowo realizować działania terapeutyczno-pielęgnacyjne (85% badanych). Według 83% ankietowanych na ich oddziale jest zdecydowanie za mało personelu. Tylko 17% pielęgniarek uznała, że liczba personelu jest wystarczająca. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic między deficytem kadrowym i jego wpływem na pojawianie się problemów a czynnikami społeczno-demograficznymi badanych.

W opinii respondentów najczęściej brakuje personelu pielęgniarskiego (34,22%) i salowych (22,59%). W dalszej kolejności deficyt stanowią również: psycholog (12,62%) i neurologopeda (11,96%), co ma duże znaczenie na prawidłowy przebieg wczesnej poudarowej rehabilitacji pacjentów (tab. 3).

Tabela 3. Deficyt personelu w opiece nad pacjentem po udarze mózgu w opinii ankietowanych

Lp.	Personel medyczny	n
1.	lekarz	9
2.	mgr/technik fizykoterapii	40
3.	pielęgniarka	103
4.	neurologopeda	36
5.	psycholog	38
6.	salowa	68
7.	personel gospodarczy	7
Razem		301

* liczba n nie jest równa liczbie osób badanych, ponieważ respondenci wybierali więcej niż jedną odpowiedź

Ponad połowa (54%) ankietowanych przyznała, że ich miejsce pracy jest wystarczająco wyposażone w środki i sprzęt niezbędny do pielęgnacji pacjenta po udarze mózgu. Opinia w tej kwestii jest statystycznie uzależniona od miejsca pracy respondentów ($p = 0,001$). Aż 72% respondentów ze szpitali klinicznych uważa, że ich miejsce pracy posiada wyposażenie konieczne w pielęgnacji pacjenta po udarze mózgu. Szczegółową analizę przedstawia tabela 4.

Wśród osób (46%), które uznały, że ich miejsca pracy raczej nie są wystarczająco zaopatrzone w sprzęt i środki konieczne do pielęgnacji pacjentów po udarze mózgu, za deficytowe wyposażenie najczęściej podawali: podnośniki (14,81%), ślizgi (14,55%), pieluchomajtki (10,91%), materace przeciwoślizgowe (10,13%), a także środki pielęgnacyjne (9,61%). Uzyskane wyniki zawarto w tabeli 5.

Tabela 4. Opinia pielęgniarek na temat wyposażenia koniecznego do pielęgnacji pacjenta po udarze mózgu z uwzględnieniem miejsca pracy oraz placówki służby zdrowia

Czynniki społeczno-demograficzne		Tak n %	Nie n %	Razem n %	Analiza statystyczna
Miejsce pracy	Puławy	22	28	50	
		44,00%	56,00%	100,00%	Chi ² = 13,39 p = 0,07
	Lublin	45	29	74	
		60,81%	39,19%	100,00%	
	Razem	67	57	124	
		54,03%	45,97%	100,00%	
Placówka służby zdrowia	szpital specjalistyczny	31	43	74	Chi ² = 10,89 p = 0,001*
		41,89%	58,11%	100,00%	
	szpital kliniczny	36	14	50	
		72,00%	28,00%	100,00%	
	Razem	67	57	124	
		54,03%	45,97%	100,00%	

Tabela 5. Opinia ankietowanych związana z deficytem sprzętu w ich miejscu pracy

Lp.	Sprzęt	N
1.	materac przeciwoleżynowy	39
2.	udogodnienia	30
3.	pościel	21
4.	pieluchomajtki	42
5.	materiały opatrunkowe (wata, lignina)	3
6.	środki pielęgnacyjne	37
7.	wózek inwalidzki	19
8.	drabinki zabezpieczające łóżko	28
9.	stoliki trzyłóżkowe	19
10.	podnośniki	57
11.	ślizgi	56
12.	rolki	30
13.	inne (łóżko pionizacyjne, kotary)	4
Razem		385

* liczba n nie jest równa liczbie osób badanych, ponieważ respondenci wybierali więcej niż jedną odpowiedź

Zdecydowana większość (87,91%) ankietowanych stwierdziła, że tego typu sprzęt ułatwia pracę z pacjentem po udarze mózgu i pomaga także w rozwiązywaniu problemów natury moralnej. Analiza statystyczna nie wykazała związku w rozkładzie tych cech a czynnikami społeczno-demograficznymi.

Zadowolający jest fakt, że z przeprowadzonych badań wynika, iż wysokość wynagrodzenia nie jest podłożem powstawania problemów moralnych w pracy zawodowej pielęgniarki, co potwierdziło 60% respondentów. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała zależność pomiędzy miejscem pracy a wpływem wysokości wynagrodzenia na powstawanie problemów etycznych ($p = 0,01$). To ankietowani ze szpitala klinicznego w większości (74%) uważają, że wynagrodzenie nie ma wpływu na powstawanie problemów natury moralnej w pracy z pacjentem (tab. 6).

Tabela. 6. Opinia pielęgniarek na temat wpływu wynagrodzenia na powstawanie problemów moralnych w pracy z pacjentem

Czynniki społeczno-demograficzne		Tak n %	Nie n %	Razem n %	Analiza statystyczna
Miejsce pracy	Puławy	22	28	50	Chi ² = 0,70 p = 0,40
		44,00%	56,00%	100,00%	
	Lublin	27	47	74	
		36,49%	63,51%	100,00%	
	Razem	49	75	124	
		39,52%	60,48%	100,00%	
Poziom wykształcenia	Pielęgniarka dyplomowana	34	60	94	Chi ² = 1,82 p = 0,18
		36,17%	63,83%	100,00%	
	Licencjat/magister pielęgniarstwa	15	15	30	
		50,00%	50,00%	100,00%	
	Razem	49	75	124	
		39,52%	60,48%	100,00%	
Staż pracy	Do 10 lat	10	18	28	Chi ² = 3,46 p = 0,18
		35,71%	64,29%	100,00%	
	11–20 lat	12	28	40	
		30,00%	70,00%	100,00%	
	Ponad 20 lat	27	29	56	
		48,21%	51,79%	100,00%	
Placówka służby zdrowia	szpital specjalistyczny	49	75	124	Chi ² = 6,40 p = 0,01*
		39,52%	60,48%	100,00%	
	szpital kliniczny	36	38	74	
		48,65%	51,35%	100,00%	
	Razem	13	37	50	
		26,00%	74,00%	100,00%	

Zebrane dane pokazują, że wszyscy (100%) respondenci w sposób solidarny przyznali, iż przepływ informacji i konstruktywna współpraca w zespole interdy-

scyplinarnym w opiece nad pacjentem po udarze mózgu, pozytywnie wpływają na rozwiązywanie problemów moralnych w pracy zawodowej.

Omówienie wyników badań

Występowanie problemów natury moralnej w pracy pielęgniarki związane jest najczęściej z samym faktem relacji z podmiotem opieki – pacjentem oraz kontaktem z najważniejszymi dla człowieka dobrami jak życie, zdrowie, wolność, sprawiedliwość, godność, prawda czy bezpieczeństwo. Rodzaje oraz poziom złożoności sytuacji moralnie trudnych w praktyce klinicznej uzależnione są od różnych czynników, m.in. od sytuacji zdrowotnej pacjenta czy warunków materialno-organizacyjnych placówki opieki zdrowotnej, a także jej specjalności klinicznej. Zaś sama umiejętność ich rozwiązania zależy od wrażliwości moralnej i wiedzy etycznej pielęgniarki i łączy się z ponoszeniem odpowiedzialności osobistej za podejmowane decyzje [7, 8].

Problemy moralne pielęgniarki w pracy z chorymi po udarze mózgu często wiążą się z respektowaniem zasady sprawiedliwości w realizacji działań opiekuńczo-pielęgnacyjnych, głównie w sytuacji braku środków bądź kadry do świadczenia tych działań. Pielęgniarka najczęściej nie ma możliwości zapewnienia wszystkim pacjentom opieki stosownie do ich potrzeb przy takich brakach, musi wybrać w zgodzie ze swym sumieniem, któremu pacjentowi pomóc w pierwszej kolejności, np. którego z pacjentów wyposażać w konieczne udogodnienia profilaktyczne przy ich ograniczonej liczbie [7, 8].

Badania przeprowadzone przez Ślusarską [9] pokazują, że respondenci w 58,50% zgłaszają braki środków i materiałów do pielęgnacji pacjenta. Analiza zgromadzonego materiału wykazała, że 42,10% ankietowanych sygnalizuje braki środków higienicznych, 35,50% badanych podaje brak pampersów, 31,50% zgłasza brak materacy przeciwośluzynowych, zaś 26,30% badanych podaje brak łóżek i podnośników ułatwiających zmianę pozycji ciała chorego. W badaniach Kruk-Kupiec [10] widać natomiast, że tylko ponad połowa, bo 53% ankietowanych twierdzi, iż ma możliwość pracy w miejscu wyposażonym w nowoczesne środki do pielęgnacji, 42% respondentów zgłasza braki koniecznych w pielęgnacji udogodnień. Braki środków do sprawowania opieki na najwyższym poziomie, a tym samym przyczynianie się do powstawania na tym podłożu problemów natury moralnej, podawali respondenci w badaniach Dobrowolskiej i wsp. [7] przeprowadzonych w latach 2004–2005. Z kolei w badaniach własnych niewiele ponad połowę respondentów (54%) deklarowało, że ich miejsce pracy jest wystarczająco wyposażone w środki i sprzęt ułatwiający opiekę nad pacjentem po udarze mózgu. Byli to w większości pracownicy szpitala klinicznego. W grupie pielęgniarek zauważających braki w takim sprzęcie

za najbardziej odczuwalny deficyt uznano brak podnośników – 14,81% respondentów; ślizgów – 14,55%, a nawet pieluchomajtek – 10,91%, czy materacy przeciwo-drażnionych – 10,13%. Większość ankietowanych pielęgniarek (87,91%) stwierdziła, że tego typu sprzęt ułatwia pracę z pacjentem po udarze mózgu i przez to także pomaga w rozwiązywaniu problemów natury moralnej.

W badaniach przeprowadzonych w latach 90. przez Jończyk i Wrońską [11], najczęściej wymienianymi problemami natury moralnej w pracy z pacjentem respondenci byli: konflikt pomiędzy powinnościami pielęgniarek a prawami pacjentów, problemy związane z procesem komunikowania się między pielęgniarką a pacjentem i jego rodziną, relacje panujące w zespole terapeutycznym oraz niewystarczająca ilość sprzętu, środków pielęgnacyjnych i sprawiedliwego podziału ich wśród chorych, a także pełnienie ról społecznych, między innymi żony, matki i pielęgniarki.

Istotnym powodem pojawiających się w praktyce pielęgniarstwie problemów natury moralnej są deficyty kadrowe. Zgłaszali to respondenci w badaniach przeprowadzonych przez Dobrowolską i wsp. [7]. Często opisywany problem dotyczył decyzji, któremu pacjentowi należy pomóc w pierwszej kolejności przy niewystarczającej obsadzie pielęgniarstwie w stosunku do liczby obowiązków. Badania własne pokazują, że ankietowani za najistotniejszą przyczynę powstawania problemów moralnych uznali deficyt personelu pielęgniarstwie, koniecznego do zapewnienia pacjentowi niezbędnej opieki (34%). Jako kolejne ważne przyczyny wymieniali: przeciążenie pracą (32%), trudne warunki pracy (24%), a także wypalenie zawodowe (20%); co również można powiązać z niewystarczającą liczbą personelu pielęgniarstwie w placówkach opieki zdrowotnej świadczących opiekę nad pacjentami po udarze mózgu. Wyniki dużych badań europejskich uzyskanych m.in. w ramach projektu RN4Cast, pokazują jednoznacznie, że obsada pielęgniarstwie (liczba pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów) i obciążenie pracą mają związek z liczbą pojawiających się zdarzeń medycznych, w tym także zgonów pacjentów, czyli wpływają na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów [12, 13]. Analizy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych alarmująco pokazują, że w roku 2020 będzie brakowało w Polsce ok. 60 tys. pielęgniarek [14].

W doniesieniach Jończyk i Wrońskiej [11] badane pielęgniarki stwierdziły w 20%, że braku poczucia dobrze wykonanego obowiązku i rodzących się na tym podłożu problemów moralnych należy poszukiwać w złej organizacji pracy, a także w źle wyposażonym stanowisku pracy pielęgniarki, które zmusza ją do wykonywania wielu czynności poza łóżkiem chorego. Z analizy badań własnych wynika, że opinia respondentów w 54% potwierdziła fakt, iż system organizacji pracy przyczynia się do powstania problemów moralnych w pracy pielęgniarki. Wykazały to również badania Tałaj i Sucharzewskiej [15].

Przyczyną występowania problemów o charakterze moralnym w pracy pielęgniarki może być także brak partnerskiej współpracy w zespole terapeutycznym.

W badaniach własnych 100% ankietowanych uważa, że przepływ informacji i konstruktywna współpraca w zespole interdyscyplinarnym w opiece nad pacjentem po udarze mózgu ma jak najbardziej pozytywny wpływ na rozwiązywanie takich problemów.

Podsumowanie

Istnieje związek między organizacją systemu opieki medycznej a występowaniem problemów natury moralnej w pracy pielęgniarek realizujących opiekę nad pacjentem po udarze mózgu.

Za najistotniejsze źródła problemów moralnych zostały uznane: braki w personelu (głównie niewystarczające obsady pielęgniarskie), przeciążenie pracą, trudne warunki pracy oraz braki sprzętu umożliwiającego i ułatwiającego opiekę czy rehabilitację pacjentów po udarze mózgu.

Bibliografia

1. Kaste M, Olesn TS, Orgogozo J-M, Bogousslavsky J, Hacke W, Organizacja opieki udarowej: edukacja, oddziały udarowe i rehabilitacja, [w:] Rekomendacje dla postępowania w udarze mózgu. European Stroke Initiative (EUSI). Cerebrovascular Diseases 2000, 10, supl. 3, 4–16.
2. Świerkocka-Miastkowska M, Biesek D, Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu. Choroby Serca i Naczyn 2007, 4 (3), 127–129.
3. Miller E, Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. Problemy Pielęgniarstwa 2009, 17 (2): 152–156.
4. Adamczyk K, Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych. Czelej, Lublin 2003.
5. Poznańska S, Zasady etyczne. U podstaw etyki pielęgniarskiej cz. VI. Pielęgniarstwo 2000, 1999, 5, 14–21.
6. Fry ST, Johnstone MJ, Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2009.
7. Dobrowolska B, Fidecki W, Cuber M, Opinie pielęgniarek aktywnych zawodowo na temat problemów moralnych pojawiających się w ich pracy. Problemy Pielęgniarstwa 2006, 1–2, 12–14.
8. Wrońska I, Szczegółowa etyka pielęgniarska, [w:] Wrońska I, Mariański J (red.), Etyka w pracy pielęgniarskiej. Lublin 2002.
9. Ślusarska B, Profilaktyka przeciwoleżynowa a praktyka zawodowa pielęgniarek. Pielęgniarka i Położna 2001, 12, 17–21.
10. Kruk-Kupiec G, Stan profilaktyki odleżyn. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2003, 7–8, 29–31.
11. Jończyk A, Wrońska I, Dylematy etyczne pielęgniarek w OIOM. Pielęgniarka i Położna, 1994, 10, 17–20.

12. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet*, 383, 9931, 1824–1830.
13. International Council of Nurses (ICN), Safe staffing saves lives, 2006, www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf [dostęp 30.05.2014].
14. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020, Warszawa, czerwiec 2010, www.nipip.pl/attachments/article/1782/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf [dostęp 30.05.2014].
15. Tałaj A, Sucharzewska J, Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 1: 32–38.

Edyta Laska, Piotr Richter, Andrzej Stanisław¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Znajomość czasów przeżycia pacjentów w schorzeniach nowotworowych w klinikach Szpitala Uniwersyteckiego oraz Centrum Onkologii w Krakowie oraz korzyści płynące z analizy czasów przeżycia

Knowledge of Patients in Times of Survival Neoplastic Disorders Clinics Hospital
and Oncology Centre on Krakow, and Benefits to Give Time Analysis of Survival
Abstract

Survival analysis is an important element of the research on the risk of death from cancer or its progression. In many clinical trials, is a direct time that elapses from the time of surgery or treatment initiation until the patient's death occurs or relapse or loss of contact. The aim of this study is to learn whether conducted statistics on survival times of patients with cancer, and the survival times is analyzed using the Kaplan-Meier curves for the purposes of scientific research and knowledge of the potential benefits from the knowledge and publish the survival times of patients in cancer diseases with the patient. The research method was a method of diagnostic survey – a survey of his own authorship. Part of the research work currently based on the analysis of collected questionnaires on the knowledge and use of survival times. Research on the knowledge of survival times and conduct their analyzes were performed in clinics of the University Hospital and Cancer Centre in Krakow. The analysis of the questionnaires shows that not all clinical departments and specialized conducting research on survival times. The respondents to the research facilities – 69% of people commented that they used survival times in the form of Kaplan-Meier for publication. The vast majority of the respondents – 94% confirmed knowledge of survival curves using the Kaplan-Meier method of medical literature, and only 6% of respondents did not know the method of survival analysis from the literature. Also, respondents knew the benefits of knowledge and publish survival times of patients in cancer diseases. Survival rates are a very important research tool allowing to assess the quality and effectiveness of treatment of cancer diseases. This analysis is easier in relation to the tumor due to the existence of malignant tumors registers that accumulate the data on the cases of new cases of cancer. As is clear from the research in the clinics of the University Hospital and Cancer Centre in Krakow practical use of survival time by the Kaplan-Meier method and their analysis is not fully understood, and not all facilities used for scientific purposes. It is important to education in the field of statistics Clinics and Hospitals Specialist knowledge on survival times and their practical application and analysis, and the future of their publications on the subject. I hope that in the future survival analysis will become a standard method of assessing cancer care in all clinical departments and specialist care in Poland.

Key words: survival times, neoplastic disorders, oncology

Wprowadzenie

Wskaźniki przeżyć są unikatowym narzędziem, pozwalającym ocenić jakość szeroko rozumianej opieki zdrowotnej oraz skuteczność leczenia poszczególnych schorzeń [1]. Analiza przeżycia stanowi fundament analitycznych badań nad ryzykiem zgonu z powodu choroby nowotworowej lub jej progresji. Główną zaletą analizy jest możliwość szacowania indywidualnego ryzyka wystąpienia punktu końcowego w czasie, a w konsekwencji przewidywania oczekiwanego czasu przeżycia w zależności od różnorodnych czynników związanych z procesem chorobowym lub stosowaną terapią [2].

Analiza przeżycia pozwala na wyznaczenie związku czynników badanych z punktem końcowym, czyli zdarzeniem będącym przedmiotem badań, np. zgonem, progresją choroby. W wielu badaniach klinicznych obserwowany jest bezpośredni czas, jaki upłynie od momentu pewnego wydarzenia, takiego jak zabieg operacyjny czy rozpoczęcie leczenia, do momentu, w którym wystąpi niepowodzenie, takie jak zgon czy nawrót choroby. Do analizy tego typu danych może być zastosowana metoda zaproponowana w 1958 roku przez E.L. Kaplana i P. Meiera [3]. Metoda analizy przeżycia zwana metodą Kaplana-Meiera szacuje funkcję przeżycia bezpośrednio na podstawie ciągłych czasów przeżycia. Bardzo często w trakcie analizy przeżycia zachodzi konieczność podziału badanej zbiorowości na podgrupy według pewnych kategorii badanych cech. Przykładowo taką cechą może być: płeć, rodzaj leku lub metoda leczenia [4].

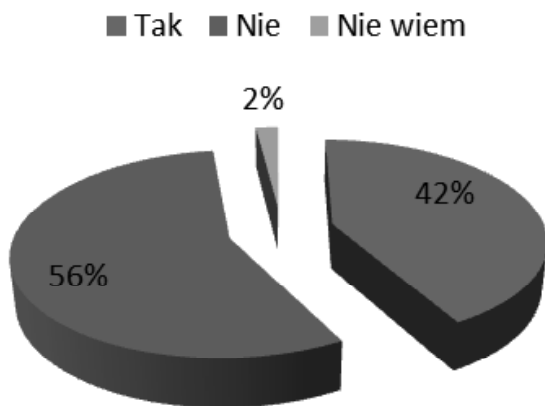
występujących w populacji objętej rejestrem. Populacyjne wskaźniki przeżyć, obliczone w oparciu o populacyjny rejestr nowotworów, mają zwykle niższe wartości od wskaźników szacowanych na podstawie danych szpitalnych lub z prób klinicznych, dotyczących wyselekcjonowanych grup pacjentów. Prezentują one jednak rzeczywisty wskaźnik dla całej populacji, będący wypadkową wszystkich elementów związanych z leczeniem (typ nowotworu, stadium zaawansowania w chwili rozpoznania, czas od chwili rozpoznania do momentu rozpoczęcia leczenia, metody leczenia, dostęp do specjalistycznych ośrodków opieki zdrowotnej). W Polsce rejestracja nowotworów złośliwych prowadzona jest od ponad 50 lat. Gromadzone dane od początku tej rejestracji obciążone były zmieniającym się w czasie niedorejestrowaniem, a ich jakość i kompletność pozostawała przez wiele lat na niewystarczającym poziomie, sprawiającym, że wyliczone wskaźniki nie odzwierciedlałyby rzeczywistej sytuacji. Podstawowym jednak czynnikiem uniemożliwiającym ocenę przeżyć w Polsce był brak możliwości oceny pacjentów nowotworowych. Dopiero w ostatnich latach lepsza jakość i kompletność danych oraz przede wszystkim możliwość uzupełnienia danych w rejestrach o datę zgonu pozwoliły na analizę przeżyć w oparciu o dane obejmujące populację całego kraju. Wybrane rejestry wojewódzkie również

tołą Kaplana-Meiera do celów naukowych oraz poznanie, jakie mogą być korzyści płynące ze znajomości i publikowania czasów przeżycia pacjentów w schorzeniach nowotworowych.

Material i metody

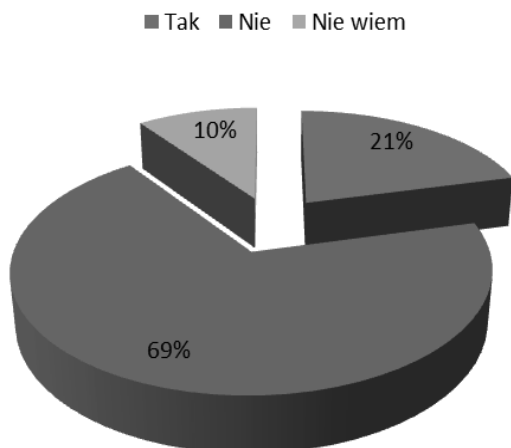
Metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego – ankieta własnego autorstwa (zob. załącznik). Część badawczą pracy napisano w oparciu o analizę zebranych ankiet dotyczących znajomości i stosowania czasów przeżycia. Badania dotyczące znajomości czasów przeżycia i prowadzenie ich analiz przeprowadzono w Centrum Onkologii w Krakowie oraz następujących Klinikach Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie: Oddział Kliniczny Kliniki Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, Oddział Kliniczny Ginekologii i Onkologii, Oddział Kliniczny Chirurgii Endoskopowej i Metabolicznej oraz Nowotworów Tkanek Miękkich.

Wyniki



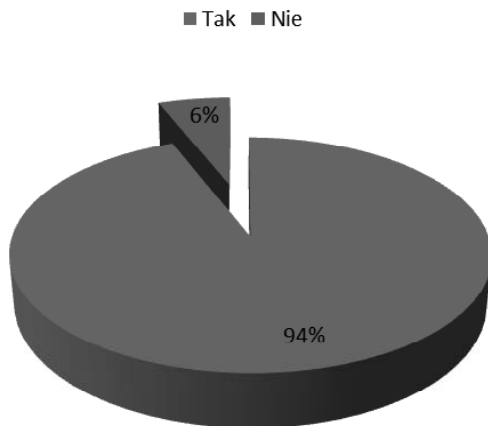
Wykres 1. Analiza czasów przeżycia pacjentów z chorobami nowotworowymi w badanych placówkach do celów naukowych.

Nie we wszystkich badanych placówkach analizuje się czasy przeżycia pacjentów z chorobami nowotworowymi, co stanowi 56% badanych respondentów. 42% ankietowanych twierdzi, że analizowane są czasy przeżycia, a 2% nie wie o analizie przeżycia.



Wykres 2. Statystyki dotyczące czasów przeżycia w formie krzywych Kaplana-Meiera do publikacji w badanych placówkach

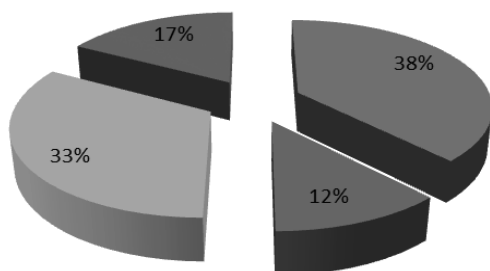
W badanych placówkach, jak wykazały badania, 69% osób wypowiedziało się, że nie wykorzystuje się czasów przeżycia w formie krzywych Kaplana-Meiera do publikacji. Natomiast 21% ankietowanych używało w wybranych placówkach krzywych Kaplana-Meiera do publikacji, a 10% nie wiedziało.



Wykres 3. Znajomość krzywych przeżycia metodą Kaplana-Meiera z literatury medycznej w wybranych placówkach

Zdecydowana większość badanych respondentów – 94%, potwierdziła znajomość krzywych przeżycia metodą Kaplana-Meiera z literatury medycznej, a tylko 6% ankietowanych nie znało tej metody analizy przeżycia z literaturze.

- Porównanie metod leczenia
- Większa przeżywalność pacjentów
- Poprawa wyników leczenia
- Możliwość weryfikacji i skuteczności metod leczenia



Wykres 4. Korzyści płynące ze znajomości i publikowania czasów przeżycia pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi w badanych placówkach

Fendler i wsp. przeprowadzili badania, z których wynika, że przegląd piśmiennictwa medycznego wykazał ogromną liczbę prac wykorzystujących analizy przeżycia lub skoncentrowanych na jej metodologii [2].

Czas przeżycia definiuje się jako okres pomiędzy określonym punktem początkowym (np. zachorowaniem, rozpoczęciem leczenia itp.) a momentem wystąpienia punktu końcowego. Nie jest to zwykle tożsame z czasem trwania badania. Ponieważ przeważnie rekrutacja grupy badanej przebiega etapami, a pacjentów włącza się w kolejnych dniach czy miesiącach badania, u każdego z nich czas obserwacji jest indywidualny. Indywidualny czas przeżycia liczy się więc od chwili włączenia do badania do momentu wystąpienia punktu końcowego lub przerwania obserwacji pacjenta, albo z powodu zakończenia badania czy przyczyn uniemożliwiających jego dalszą obserwację [2].

Przeprowadzone badania własne potwierdziły znajomość krzywych przeżycia Kaplana-Meiera z literatury medycznej przez lekarzy w wybranych placówkach. W badanej grupie 94% respondentów potwierdziła znajomość krzywych przeżycia z literatury, a tylko 6% badanych nie posiadała wiedzy na ten temat.

Ze względu na powszechną dostępność oprogramowania statystycznego oraz znajomość krzywych przeżycia w literaturze

Wyniki badań przeprowadzone na podstawie zachorowań na nowotwory zarejestrowane w latach 2000–2002 w Polsce wykazały, że wskaźnik 5-letnich przeżyć w Polsce jest niższy od średniego wskaźnika dla Europy (EUROCARE-4) o 10 punktów procentowych. Polskie wskaźniki przeżyć oszacowane dla poszczególnych nowotworów są niższe od średnich wskaźników dla Europy od 0,5 do 26 punktów procentowych. Różnice we wskaźnikach przeżyć dla Polski, w porównaniu ze wskaźnikami otrzymanymi w badaniu EUROCARE-4, wynikają głównie z odmiennej struktury zachorowań na nowotwory (wyższy odsetek nowotworów o złym rokowaniu), uboższej infrastruktury opieki nad chorym onkologicznym, krótkiej historii programów profilaktycznych i przesiewowych, gorszego dostępu do procedur diagnostycznych i leczniczych, braku powszechności stosowania standardów leczenia [1]. Wskaźniki przeżycia chorych poddawanych wyłącznie leczeniu chirurgicznemu są niezadawalające. Nowoczesne leczenie nowotworów jest skojarzonym postępowaniem multidyscyplinarnym, które powinno wykorzystywać jednocześnie wiedzę i umiejętności kilku lekarzy specjalistów, w tym chirurga, onkologa, radioterapeuty, patologa. W większości chorób nowotworowych resekcja chirurgiczna jest jedynie etapem złożonego procesu terapeutycznego. Z punktu widzenia onkologa klinicznego zachęca się do częstszych konsultacji pacjentów onkologicznych, w tym również przed wykonaniem zab

Krystyna Łukasz-Paluch¹, Gra

zatrudnienia; jakość sprzętu medycznego w kontekście minimalizacji wysiłku fizycznego pielęgniarki” [13].

Na początku funkcjonowania Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i kół terenowych, podstawowe jednostki administracyjne stanowiły Koła Absolwentek szkół pielęgniarstwa. Pierwszy zjazd absolwentek świeckich szkół pielęgniarstwa na ziemiach polskich odbył się 3 kwietnia 1925 roku w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa. Podczas obrad powołano Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych. Przygotowano też oficjalną prośbę o przyjęcie Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Zostało ono przyjęte podczas kongresu w Helsinkach w lipcu w 1925 roku. W obradach kongresowych MRP uczestniczyły: Zofia Komorska-Barnett pierwsza przewodnicząca PSPZ, tłumaczka w Misji Amerykańskiego Czerwonego Krzyża w Polsce, absolwentka Szkoły Pielęgniarstwa przy Szpitalu Ogólnym Lakeside w Claveland [14], oraz dyrektorka WSP Helen Bridge (po wyjeździe Zofii Komorskiej-Barnett na stypendium do Toronto). Podczas VI Zjazdu PSPZ w Poznaniu, odbywającego się 14–15 listopada 1931 roku, uchwalono utworzenie kół wojewódzkich. W czasie obrad XIII Zjazdu w Warszawie, w dniach 19–20 października 1938 roku, przyjęto nowy statut PSPZ i podjęto decyzję o powstaniu kół terenowych [15].

Cele i zadania Kół Absolwentek, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i Kół Terenowych PSPZ nawiązywały do misji Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Podkreślały utrzymanie więzi z macierzystą szkołą i międzyszkolnych, pogłębianie doświadczeń zawodowych. Wskazywały potrzebę rozszerzenia, wzbogacenia wiedzy fachowej i dziedziny oświatowo-kulturalnej oraz praktycznych doświadczeń. Koncentrowały się wokół dokształcania, doskonalenia, organizowania i promowania różnorodnych form doskonalenia zawodowego oraz współpracy z licznymi organizacjami społecznymi, jednostkami administracji państwowej i samorządowej. W latach 1921–1939 stowarzyszenie wydawało miesięcznik „Pielęgniarka Polska”.

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych jako jedyna ówczesna organizacja i reprezentant środowiska pielęgniarstwa podejmowało problemy społeczno-bytowe i ustawodawcze, m.in. sprawy czasu pracy, zarobków, statusu. W 1929 roku Zarząd Stowarzyszenia postulował włączenie pielęgniarek dyplomowanych do grupy pracowników umysłowych, ośmiodzinny dzień pracy, jednomiesięczny urlop wypoczynkowy – co zostało zrealizowane przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej dopiero w 1930 roku.

Zgodnie z pierwszym statutem z 3 kwietnia 1925 roku, członkiem zwyczajnym PSPZ mogła być pełnoletnia pielęgniarka, absolwentka uznanej dwuletniej szkoły pielęgniarstwa, należąca do Związku Absolwentek swojej szkoły, która złożyła państwowy egzamin pielęgniarstwa [16]. PSPZ było organizacją elitarną (ze względu na pochodzenie inteligenckie większości absolwentek, co krytykowali lekarze o poglą-

dach lewicowych), postulowała kształcenie pielęgniarek według standardów przyjętych w USA i miała nadzorować stan i rozwój pielęgniarstwa w kraju. Terenem działań Stowarzyszenia był obszar Rzeczypospolitej Polskiej. Jej członkinie w 1938 roku uzyskały prawo głosowania do Senatu. 3 kwietnia 1925 roku, w którym powstało PSPZ, było w nim zrzeszonych 70 pielęgniarek dyplomowanych. Spośród zrzeszonych osób, tylko 7 w tym czasie spełniało warunki wymagane statutem, aby zostać członkiem zwyczajnym (inne miały wyznaczony termin egzaminu dyplomowego po Kongresie MRP, czekały na egzamin państwowy albo się do niego nie zgłosiły) [17]. Do PSPZ w latach 30. należało około 45% pielęgniarek spośród wszystkich zatrudnionych w kraju; był to procent podobny do innych krajów Europy, np. Anglii – 50%, Belgii – 41%, czy Norwegii – 60% [18].

Te sukcesy nie mogły jednak przesłonić faktu, że liczba szkół pielęgniarstwa w okresie międzywojennym była zbyt mała, aby zaspokoić potrzeby ówczesnego społeczeństwa i dorównać standardom światowym. Chrzanowska (cytowana przez Bukowską) pisała w tej kwestii: „siedem szkół w kraju liczącym 32 miliony ludności nie może zaspokoić zapotrzebowania na kadrę pielęgniarską, gdy w tym czasie w Anglii liczącej 45 milionów mieszkańców, do pracy w zawodzie pielęgniarki przygotowywało 470 szkół pielęgniarskich” [19].

Przed wybuchem II wojny światowej, na początku 1939 roku zgodnie z zatwierdzonym nowym statutem Stowarzyszenia 19–20 listopada 1938 roku podczas XIII Zjazdu PSPZ w Warszawie, kolejne Koła Absolwentek przekształciły się w Koła PSPZ. Koło Absolwentek Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu, Koło Absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa oraz Koło Absolwentek Wyższej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Do Stowarzyszenia (według statutu przyjętego na Zjeździe w 1938 roku) mogły należeć absolwentki pomaturalnych szkół i członkinie Sekcji Sióstr Polskiego Czerwonego Krzyża (pod pewnymi warunkami), mogły też należeć pielęgniarki, które nie ukończyły szkoły pielęgniarstwa, ale zdały egzamin państwowy (jako członkowie nadzwyczajni bez prawa głosu w sprawach organizacyjnych i zajmowania stanowisk we władzach Stowarzyszenia) [20]. Siłę Stowarzyszenia budowały osoby o prospołecznych postawach, pełne inwencji i chęci działania na rzecz integracji i podnoszenia poziomu wiedzy i prestiżu tej grupy zawodowej. Pożyteczne działania na rzecz zawodu i wartościowe formy i metody kształcenia podyplomowego, ustawicznego, zainicjowane w Kołach Absolwentek, Kołach Terenowych PSPZ i poprzez ZG PSPZ przerwał wybuch II wojny światowej. Po raz ostatni przedstawicielki PSPZ reprezentowały polskie pielęgniarki podczas Kongresu Międzynarodowego w Atlancie w 1947 roku.

Powojenna historia Stowarzyszenia, niereaktywowanego, ale powołanego jako Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – rozpoczęła się w 1957 roku podczas I Krajowego Zjazdu Towarzystwa Pielęgniarskiego w Warszawie. Wśród członkiń Komii-

tetu Organizacyjnego Towarzystwa, w którym działały: Anna Biernacka, Rachela Hutner, Zofia Konderska, Stanisława Sroczyńska, Michalina Wilczyńska, Wanda Zmysławska, była też Irena Fabiańska – pierwsza przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach [21].

Koło PSPZ Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu

Na powstanie PSPZ i kół terenowych wpłynęły zarówno czynniki ogólne związane z tworzeniem nowoczesnego, profesjonalnego pielęgniarstwa, jak i specyficzne dla danego terenu, wynikające z historii. W niniejszym opracowaniu ukazano je na przykładzie dwóch miejscowości: Sosnowca i Katowic.

Powstanie Koła PSPZ Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu w międzywojniu było konsekwencją szybkiego rozwoju miasta. Początkowa nazwa Sosnowice pojawiła się na mapach w pierwszej połowie XVIII wieku, tylko jako nazwa młyna nad Brynicą [22]. Miejscowość ta jeszcze w 1858 roku składała się z folwarku i kilku osad włościańskich, a miasto oficjalnie erygowano 45 lat później – 24 stycznia 1903 roku [23], czyli 22 lata przed powstaniem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Pierwszy urząd miasta w granicach imperium rosyjskiego, niepowiatowego, nadgranicznego w Zagłębiu Dąbrowskim objął Rosjanin Aleksander Safronow [24].

Przyczyną powstania i szybkiego rozwoju Zagłębia Dąbrowskiego było odkrycie bogatych złóż węgla i cynku. Nie bez znaczenia było także położenie: przy granicy 3 państw zaborczych: Rosji, Austrii i Prus. Najstarsze kopalnie powstały w Sosnowcu w 1806 roku, a huty w 1853 roku [25]. Dodatkowym impulsem do rozwoju przemysłowego stało się zbudowanie w 1859 roku wśród lasów i odludnych terenów stacji Kolei Żelaznej Warszawsko-Wiedeńskiej – architektonicznej, neoklasycystycznej perełki projektu Enrico Marconiego. Kolej umożliwiła wywóz kopalin, ale i połączenia z Warszawą. Dojazd do Warszawy był możliwy w ciągu 8 godzin [26]. Bezpośrednie połączenie z ZG PSPZ umożliwiało więc członkiniom kół terenowych udział w szkoleniach i kursach oraz zjazdach, organizowanych w większości właśnie w Warszawie (1925, 1926, 1927, 1928, 1930, 1933, 1934, 1936, 1938). Ponadto zjazdy odbywały się też w Krakowie (1929, 1935), w Poznaniu (1931), we Lwowie (1932) i Wilnie (1937). W opracowaniu *Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie* pod redakcją H. Zahradniczek można zobaczyć zeskanowane podpisy uczestniczek Dorocznego Walnego Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych w Krakowie z 19 i 20 października 1929 roku.

Już w 1890 roku, jak pisał Przemsza-Zieliński, „w Sosnowcu roilo się od wielkiej ilości sklepów; były hotele, restauracja i teatr” [27]. Największy rozwój osady Sosnowice nastąpił w latach 1885–1895; liczyła ona wówczas 50 tysięcy, a w roku 1902

– 60 tysięcy. Nazwano ją „największą wsią na świecie” [28]. W żywiłowy rozwój sosnowieckiego przemysłu i okolic inwestował kapitał niemiecki, żydowski, francuski i belgijski. Na początku XX wieku (w 1902 roku) w Sosnowcu mieszkali Polacy, Żydzi, Niemcy, Francuzi, Rosjanie i przedstawiciele innych narodowości. Obok jednak pałaców i ogrodów Schoena, Dietla, Kramsta, Renarda, powstawały ubogie kolonie robotniczych rodzin i osób samotnych. Ich nędzę w okresie międzywojennym opisywali znani z lektur szkolnych Władysław Broniewski, Juliusz Kaden-Bandrowski i Stefan Żeromski.

Wraz z rozwojem osady, a później miasta, powstawały pierwsze szpitale, ambulatoria, żłobki przyfabryczne, Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem (1916), Miejski Dom Niemowląt. Powodem organizacji i modernizacji w okresie międzywojennym Domu Niemowląt była „duża liczba dzieci nieślubnych, [...] w powiecie będzińskim sięgająca do 2,5% ogólnej liczby urodzeń, a w gminach przemysłowych znacznie wyżej” [29].

Pierwszym szpitalem w Sosnowcu był Szpital Kasy Bratniej Pomocy Robotników Bolesławsko-Sosnowieckich [30]. Założycielem placówki był hr. Mycielski w 1859 roku; swoją działalność szpital rozpoczął w 1862 roku. Później administrowanie szpitalem przejęło Sosnowieckie Towarzystwo Kopalń Węgla i Zakładów Hutniczych w Pogoni. Opiekę medyczną nad 72 pacjentami sprawowało dwóch lekarzy, jeden felczer, a pielęgowaniem pacjentów zajmowały się cztery siostry miłosierdzia. Szpital na owe czasy był jednym z najbardziej nowoczesnych. Na miejscu tzw. Szpitala na Lepiankach (nazwa pochodzi od dobudowanych z kamienia i gliny budynków dla niższego personelu) [31], dzisiaj stoi gmach Uniwersytetu Śląskiego, mieszczący Wydział Neofilologii. W 1865 roku założony został 70-lóżkowy Szpital Towarzystwa Przemysłowo-Górniczego hr. Renarda w Sielcu. W okresie międzywojennym Szpital Renardowski przy ul. Sławkowskiej 7, udostępnił swoje pomieszczenie Szpitalowi Powiatowej Kasy Chorych.

Początki medycyny fabrycznej (przemysłowej) uwarunkowane były wydaniami przez rząd carski ustawy przemysłowej, nakazującej, „aby szpitale tworzone w oddzielnych budynkach i zatrudniano na stałe lekarza i felczera” [32]. Pierwszą wzmianką o szpitalu przyfabrycznym działającym w 1873 roku, znaleźć można w opisie Modzelewskiego w brzmieniu: „w oddali ściany miłowieckiego lasu cokolwiek na prawo ubogi szpital zakładów fabrycznych p. Kramsty” [33]. Kolejna – w tekście Pukowskiej-Mitki i Tkocz: „W osiedlu przyfabrycznym fabryki włókienniczej Schoena na Środuli w XIX wieku jeden czterokondygnacyjny budynek z poddaszem, przeznaczony w czasie I wojny światowej na szpital, jeden dwupiętrowy z przychodnią lekarską” [34]. Następną placówkę, Szpital Warszawskiego Towarzystwa Kopalń, założono w Niemcach w Kazimierzu w 1893 roku. Szpital Akcyjny Towarzystwa „Huta Katarzyna” w Sielcu działał od 1899 roku.

W 1905 roku w służbie zdrowia zatrudnionych było 22 felczerów, 30 akuserek, 15 lekarzy; w 1907 roku – 20 lekarzy, a w całym Zagłębiu 52. Brak w tym przedziale czasu zbiorczych danych liczbowych o pielęgniarkach. Jak wynika z badań dotyczących opieki nad matką i dzieckiem w okresie międzywojennym, w Miejskim Domu Niemowląt w Sosnowcu pracowały 2 dyplomowane pielęgniarki – Irena Jurczyk i Zofia Kucharzówna. Ukończyły w czasie pracy 6- lub 7-miesięczny kurs po 7-klasowej szkole powszechnej i 3 latach pracy w placówce. W Stacjach Opieki nad Matką i Dzieckiem pracowały 3 osoby: L. Makulanka i M. Niepielska, absolwentki Krakowskiej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek Zdrowia oraz H. Kubicka absolwentka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa [35]. Przed wybuchem I wojny światowej, pierwszy Szpital Miejski powstał w 1912 roku przy ul. Sławkowskiej (Legionów) 13. W 1912 roku uruchomiono także Szpital Żydowski Towarzystwa Pomocy Ubogim Wyznania Mojżeszowego, przy ulicy Konrada 9.

Od 1912 roku obowiązywało w Sosnowcu – jeszcze miście pod zaborem rosyjskim – powszechne dla całego państwa rosyjskiego prawo ubezpieczeniowe. Wprowadzało ono Kasy Chorych we wszystkich zakładach mechanicznych zatrudniających co najmniej 20 robotników i w zakładach niezmechanizowanych, gdzie pracowało 30 robotników [36]. W czasie III Powstania Śląskiego w Sosnowcu działał Szpital Powstańczy. W okresie międzywojennym uruchomiony został Szpital Miejski na Pekinie; mieścił się tam także Szpital Przeciwgruźliczy. 19 marca 1920 roku utworzono w Sosnowcu Powiatową Kasę Chorych, co było wyróżnieniem dla miasta należącego wówczas do województwa kieleckiego i powiatu będzińskiego. Przy ulicy Kołłątaja zorganizowano stację powozów dla lekarzy, którzy wizytowali obłożnie chorych w domu. Początkowo zatrudniano tam stangretów z końmi, z czasem zamieniono na kierowców [37]. Sosnowiecka Kasa Chorych po Kasie Lwowskiej, należała do najbogatszych w kraju [38]. Filia Powiatowej Kasy Chorych w Sosnowcu obejmowała 3 szpitale i 15 ambulatoriów.

2 marca 1934 roku przeorganizowano Powiatową Kasę Chorych i powołano Ubezpieczalnię Społeczną [39]. Według Kocota, w Centralnym Szpitalu Ubezpieczalni znieczulenia ogólne wykonywały najczęściej pielęgniarki (Maria Bentkowska), a pomocy fachowej udzielały, w 5 oddziałach na 250 łóżek, 22 osoby. W 1938 roku ustanowiono po raz pierwszy etat pielęgniarki przełożonej i dietetyczki szpitalnej [40].

Pierwsza, jednoroczna szkoła położnych w mieście, działała w latach 1925–1927 przy Szpitalu Położniczym Powszechnej Kasy Chorych w Sosnowcu. „Szkoly tego typu nie wymagały matury (tylko siedem klas szkoły podstawowej), były przeznaczone dla personelu już pracującego w szpitalu, nauka była prowadzona bez odrywania od pracy, przy czym absolwentki zobowiązywały się pracować co najmniej 5 lat w szpitalach Spółki Brackiej. Nauka i internat były bezpłatne” [41]. W mieście

działały też różnorodne stowarzyszenia, m.in.: Polskie Towarzystwo Lekarskie (od 1907 roku), Towarzystwo Higieniczne czy Żydowskie Towarzystwo Gimnastyczno-Sportowe „Makab” (1922) [42]. W latach 30. powstało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych Zagłębia Dąbrowskiego, a wydawany miesięcznik „Pielęgniarka Polska” rozchodził się w coraz większej liczbie egzemplarzy i stawał się coraz poczytniejszym pismem [43]. II wojna światowa przerwała te aktywne i twórcze działania członków wszystkich stowarzyszeń.

Koło Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych w Katowicach

Pierwsza wzmianka o malutkiej wsi Katowice w państwie pruskim pojawiła się w 1598 roku w protokole wizytacji parafii księdza Kazimierskiego, wizytatora parafii bogucickiej; wcześniej okolica ta znana była z bogatych złóż rudy żelaza. Po wojnach napoleońskich (1815) dominował w tej wsi budynek żydowskiej karczmy nad brzegiem Rawy, utrwalony na litografii E. Knippla (w miejscu, gdzie obecnie stoi dom handlowy „Skarbek”). Nastąpił jednak przyspieszony rozwój przemysłu, handlu i usług. Pierwszą monografię Katowic w XIX wieku opracował Richard Holtze, przewodniczący Rady Miejskiej, „który po zdaniu egzaminu lekarskiego w 1851 roku przyjechał do Katowic, które (nadal) były jeszcze wtedy wsią” [44]. Prawa miejskie Katowice uzyskały czternaście lat później, w 1865 roku (o 38 lat wcześniej od Sosnowca). Na rozwój miasta wpłynęła berlińska kolej do Mysłowic oraz zarządzający Katowicami w imieniu ich właściciela, niemieckiego przemysłowca Fryderyka Wincklera – Friedrich Wilhelm Grundmann. W szybko rozwijającym się mieście powstawały huty, kopalnie, banki, przedstawicielstwa dyplomatyczne, koncerny międzynarodowe, placówki opieki zdrowotnej, teatr, kina, szkoły, korporacje, stowarzyszenia. Miały w tym swój udział rodziny żydowskie (Glaserów, Gruenfeldów, Sklareków i Panofskich) [45], ale i protestanci Grundmann i Holtze. W 1939 roku w Katowicach mieszkało już 130 tysięcy mieszkańców, w tym około 12 tysięcy Żydów. Dla większości ostatnią drogą okazały się getta w Sosnowcu, Będzinie i obóz koncentracyjny w Auschwitz [46].

Pierwsze szpitale w Katowicach pod zaborem pruskim powstały w latach 1874–1904. Jako pierwszy wybudowano Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów (1874), następnie Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego (1895), w 1896 roku oddano do użytku Szpital im. św. Elżbiety, a w 1904 Szpital im. S. Leszczyńskiego. Pierwsze urządzenia rentgenowskie sprowadził do Katowic lekarz Karte; protestanci przeprowadzili pierwszą udaną trepanację czaszki [47].

Historia służby zdrowia na Śląsku na początku XX wieku wiąże się z przestrzenią niemiecką i polską. Podczas podziału pruskiego Górnego Śląska w 1922 roku i w latach 1945–1948 następowała migracja ludności polskiej i Niemców. W okre-

się powstań śląskich (1919, 1920, 1921) polscy lekarze rozpoczęli tajne szkolenie kursowe dla polskich pielęgniarek, sanitariuszek i sanitariuszy z zakresu pierwszej pomocy oraz kursy pielęgniarskie. Był to opór przeciwko spychaniu ich do prac porządkowych przez lekarzy niemieckich [48]. Znanym lekarzem był wówczas dr Andrzej Mielecki. Jego imieniem i nazwiskiem nazwano wspomniany już szpital. Zginął śmiercią tragiczną z rąk niemieckiej ludności 17 sierpnia 1920 roku, na 3 dni przed II Powstaniem Śląskim, gdy spieszył do miejsca wypadku ulicznego spowodowanego wybuchem granatów. Należał do Polskiej Organizacji Wojskowej Górnego Śląska [49]. Od 1921 roku również PCK prowadził kursy przygotowujące do pracy pomocniczej w pielęgniarstwie. Po wkroczeniu do Katowic 20 czerwca 1922 roku Wojska Polskiego i objęciu Śląska przez polską administrację, w szpitalach pracował personel niemiecki, a dopiero od 1924 roku (wcześniej w Klinice w Chorzowie w 1923 roku) pracę podjął polski personel.

W 1925 roku utworzono w Katowicach pierwszą, dwuletnią szkołę pielęgniarek przy Sierocińcu im. dr. A. Mieleckiego (zlikwidowaną po kilku latach) dla personelu już pracującego w szpitalu i posiadającego świadectwo ukończenia 7-letniej szkoły podstawowej [50].

Od 1 kwietnia 1927 do 30 września 1929 roku działała Szkoła Pielęgniarstwa i Pracy Społecznej przy Polskim Czerwonym Krzyżu w Katowicach. Przyjmowano do niej wyłącznie Ślązaczki o różnym poziomie wykształcenia ogólnego; w większości tylko po szkole powszechnej, na Śląsku 8-letniej. Naukę organizowano bez odrywania od pracy, a absolwentki zobowiązywały się pracować w szpitalach Spółki Brackiej co najmniej 5 lat. Pierwszy kurs ukończyło 7 świeckich osób i 2 lub 3 zakonne, drugi – 10. Uczennice kursu trzeciego (14) otrzymały zaświadczenia o wysłuchaniu wykładów lub zdaniu egzaminów i wysłuchaniu wykładów.

Nieliczne absolwentki szkoły pochodzące z innych dzielnic Polski i posiadające 6 klas gimnazjalnych i egzamin państwowy z pielęgniarstwa, 6 listopada 1930 roku na wniosek dyrektorki szkoły złożony w Zarządzie PSPZ w Warszawie, zostały przyjęte na członków zwyczajnych PSPZ. Na członków nadzwyczajnych przyjęto te absolwentki, które miały wykształcenie niższe i zdały egzamin państwowy [51]. Dyrektorka Szkoły w Katowicach Maria Mochnacka i nauczycielka Anna Martin były absolwentkami Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa z 1924 roku. Maria Mochnacka odbyła 9-miesięczny kurs pielęgniarstwa społecznego w Bedford College w Londynie, jako stypendystka Ligi Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża [52]. W 1928 roku otwarto w Katowicach dwuletnią Szkołę Pielęgniarską Spółki Brackiej. Do 1939 roku działała Szkoła Piastunek Dziecięcych przy Szpitalu Dziecięcym pod kierunkiem dra S. Roszaka. Absolwentki tych szkół otrzymywały pełne kwalifikacje dopiero po zdaniu egzaminu państwowego [53]. Kandydatki ze Śląska i Zagłębia, które posiadały świadectwo maturalne, najczęściej kształciły się w Wyższej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie na Uniwersytecie Jagiellońskim lub otrzyma-

ły dyplom Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Ponadto w latach 1924–1939 niewielka liczba pielęgniarzy i pielęgniarek otrzymała dyplom po złożeniu egzaminów kwalifikacyjnych [54].

Od 1924 roku PCK zaczął rozwijać lecnictwo otwarte. Powstało Towarzystwo do Walki z Gruźlicą i poradnie przeciwgruźlicze, przeciwweneryczne, w których zatrudnione były polskie pielęgniarki po ukończonych kursach w Warszawie. W 1932 roku powstały Poradnie dla Matki i Dziecka, kuchnie mleczne; prowadziły je pielęgniarki po ukończonych kursach PCK [55].

Wkroczenie nazistów do Katowic (w 1939 roku) zapoczątkowało obserwacje wszystkich dziedzin życia przez NSDAP i jej agendy zatrudniające miejscowych Niemców należących do Volksbundu. Nadzorem objęto też szkolenie pielęgniarek, co ilustrują niezwykle prywatne taśmy filmowe z przebiegu egzaminu pielęgniarskiego, w tym przewijania dzieci, wykonane przez nazistów prawdopodobnie w obecnej siedzibie PCK w Katowicach, około 1941 roku [56].

Liderki Kół Terenowych we Lwowie, Wilnie, Sosnowcu, Katowicach i Łodzi

Przewodniczącymi pierwszych Kół Terenowych PSPZ były w większości absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, a siedzibą stowarzyszenia była szkoła warszawska. W 2014 roku minęły 82 lata od zorganizowania na ziemiach polskich w 1932 roku pierwszego Koła Terenowego Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych we Lwowie, które powstało najwcześniej.

Do 1938 roku powstały jeszcze 4 koła terenowe PSPZ: w Wilnie 10 marca 1935 roku, w Sosnowcu Koło Zagłębia Dąbrowskiego; czwarte było Koło Śląskie w Katowicach, a w 1938 roku Zarząd Główny zatwierdził statut piątego Koła PSPZ w Łodzi [57]. Przewodniczącymi w 1938 roku, kiedy przyjęto nowy statut stowarzyszenia (regulując m.in. sytuację kół terenowych), były: we Lwowie Walentyna Dolińska-Dobrowolska, absolwentka kursu XXVII 2-letniej pomaturalnej Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa [58]; w Wilnie Zofia Węclawowicz, absolwentka kursu I 2-letniej pomaturalnej Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa; w Sosnowcu Halina Kozierowska, absolwentka z XIII kursu, 2-letniej pomaturalnej Wyższej Szkoły Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie przy Uniwersytecie Jagiellońskim; w Katowicach Pelagia Kajserówna, absolwentka kursu XIX, 2-letniej pomaturalnej Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa; w Łodzi Luba Szwechłowiczowa, absolwentka kursu XXVII, 2-letniej pomaturalnej Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa.

Informacje o nich w literaturze przedmiotu są bardzo skąpe. Najwięcej danych o działalności PSPZ i jego członkiniach udało się zgromadzić absolwentkom Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, które podjęły trud opracowania monografii szkoły.

Założycielką i organizatorką Koła lwowskiego w 1932 roku była Aleksandra Dąmbaska-Rudecka z kursu VII (1924–1926), 2-letniej pomaturalnej Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa (WSP). Po ukończeniu Szkoły Pielęgniarstwa pracowała w Poradni Przeciwgruźliczej Towarzystwa Przeciwgruźliczego we Lwowie i Lecznicy tegoż Towarzystwa w Hołosku. Przed rozpoczęciem nauki w szkole warszawskiej uzyskała absolutorium w Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie w zakresie filozofii i biologii [59]. Od 1926 roku działała aktywnie w Zarządzie Głównym PSPZ. Od 1929 roku wchodziła w skład Komitetu Redakcyjnego miesięcznika PSPZ „Pielęgniarka Polska”, prowadzonego przez Hannę Chrzanowską, była również autorką artykułów z zakresu pielęgniarstwa społecznego. Od 1935 roku prowadziła szkolenie pielęgniarek do egzaminu państwowego na kursach organizowanych przez PSPZ i w ramach pracy oświatowo-sanitarnej w poradniach. Po II wojnie światowej w 1945 r. była jedną z pierwszych instruktorek Szkoły Pielęgniarstwa przy Akademii Lekarskiej w Gdańsku, ucząc pielęgniarstwa społecznego [60].

We wspomnieniu o niej Pieńkowska-Thun pisała: „był to wspaniały człowiek, pełen skromności, dobroci i życzliwości dla każdego” [61]. Smoleńska-Jania wspominała: „Była osobą o kryształowym charakterze, społeczniczką oddaną sprawom ludzi najbiedniejszych i dotkniętych przez los. [...] człowiekiem wielkiej wiedzy, ale bardzo skromna, we wszystkich widziała czy chciała widzieć najlepsze cechy” [62].

Następną przewodniczącą Koła lwowskiego w 1938 roku, była Walentyna Dobrowolska-Dolińska, absolwentka WSP z kursu XXVII. W literaturze przedmiotu brak jest jednak notki biograficznej i informacji o pracy i działalności społecznej.

O Zofii Węclawowicz jako uczennicy Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa pisała Chrzanowska w niedrukowanym pamiętniku z lat 1956–1960. „Jedna z najlepszych uczennic na I kursie. [...] Zosia wyrosnięta jak szparag, wychudzona, wychuchana w domu, borykająca się całe niedługie życie z kruchym jak szkło zdrowiem” [63]. W 1926 roku otrzymała stypendium z Fundacji Rockefellera do Francji. Została zatrudniona w 1927 roku na stanowisku pielęgniarki wojewódzkiej w województwie wileńskim. Weszła w 1930 roku w skład komitetu redakcyjnego czasopisma „Pielęgniarka Polska”; interesowała się pielęgniarstwem społecznym i pisała artykuły z tej tematyki [64]. Nazwiska Pelagii Kajserówny z kursu XIX i Lubow Szwachłowicz, która po ukończeniu kursu XXVII była powołana na naczelną pielęgniarkę w województwie łódzkim, można również odnaleźć w wykazie alfabetycznym absolwentek Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa [65]. Pelagia Kajserówna pełniła, jako jedna z pierwszych, funkcję pielęgniarki wojewódzkiej w Katowicach, co potwierdziła Jadwiga Jankowska skierowana przez Nią do pracy w Szpitalu Miejskim w Dąbrowie Górniczej w charakterze pielęgniarki instrumentariuszki w 1952 roku. Pelagia Kajserówna zginęła w katastrofie kolejowej pociągów pośpiesznych relacji Gliwice–Warszawa 9 października 1962 roku w okolicy Piotrkowa Trybunalskiego.

Zaraz po II wojnie światowej pielęgniarką wojewódzką w województwie katowickim była Ewelina Hordziejewicz z kursu XXXI WSP w Warszawie [66].

Adnotację o Halinie Kozierowskiej odnaleźć można w wydanej książce pod redakcją Kazimierzy Zahradniczek *Krakowska Szkoła Pielęgniarek im. Anny Rydlówny* w dziale „Absolwentki Szkoły z roku 1935, z kursu XIII”. Wpisana jest pod numerem 5 [67]. Halina Maria Kozierowska z Krauzów egzamin dyplomowy zdała w dniach 6–7 maja 1935 r. z wynikiem bardzo dobrym. W księdze rejestracyjnej dyplom został oznaczony numerem 163, co potwierdza H. Zahradniczek na podstawie analizy akt szkolnych. Występowanie H.M. Kozierowskiej w kolejnych latach życia, pod nazwiskami Kozierowska/Krauze/Szczypińska utrudniło poszukiwania danych. Według przekazu rodziny pracowała jako pielęgniarka (prawdopodobnie w szpitalu w Sosnowcu). Według relacji Barbary Morawiec, aktywnej członkini Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Sosnowcu, jednego z najstarszych w województwie śląskim, działającego od 1956 roku, Halina Szczypińska w latach 50. XX w. rozpoczęła pracę jako instruktorka ds. pediatrii w Sosnowcu. Siedzibą pracowników administracyjnych był budynek przedwojennej Ubezpieczalni Społecznej (dawnej Powiatowej Kasy Chorych). W 1956 roku Szczypińska weszła w skład członków I Zarządu Koła Terenowego PTP w Sosnowcu, któremu przewodniczyła wówczas Janina Molenda. Koło rozszerzyło swoją działalność na teren Będzina, Czeladzi i Dąbrowy Górniczej.

Uczennice tego kursu rozpoczęły naukę 28 września 1932 roku, a ukończyły 6 maja 1935 roku. Naukę podejmowały jako absolwentki szkoły ogólnokształcącej; niektóre z nich pracowały najczęściej jako nauczycielki. Pracujących wcześniej w charakterze pielęgniarek było mało. Według Kaniewskiej-Iżyskiej, do szkoły krakowskiej przyjęto z tego rocznika 28 uczennic; dyplom ukończenia otrzymało 16 osób (w dokumentacji szkolnej podane jest 18 osób). Fotografie członków Zarządu i Absolwentek XIII Kursu USPİH w Krakowie, wykonaną w maju 1935 roku odnaleźć można w najnowszej i starannie wydanej książce pod redakcją Kazimierzy Zahradniczek *Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie* [68].

Większość uczennic szkoły krakowskiej w latach 1925–1939 rekrutowała się z inteligencji urzędniczej – około 40%, ze środowiska robotniczo-rzemieślniczego – 23% i 9% robotniczego [69]. Uczennice pochodziły z różnych miejscowości w całej Polsce, a w większości z Zagłębia Dąbrowskiego, Śląska i terenów wschodnich, zwłaszcza województwa łwowskiego i stanisławowskiego.

W czasopiśmie i dokumentacji Stowarzyszenia nieliczne są ślady z działalności Kół Terenowych PSPZ, na przykład w „Pielęgniarce Polskiej” z 1939 roku na stronie 4 (jak podała Wolska-Lipiec) jest krótkie sprawozdanie z działalności Koła PSPZ Zagłębia Dąbrowskiego, którego przewodniczącą w 1938 roku była Halina Kozierowska. Podano w nim, że „ustalono cennik zabiegów pielęgniarskich i prowadzono pośrednictwo pracy prywatnych dyżurów”. Trudno więc na podstawie jednostko-

wych, skąpych materiałów podejmować głębsze analizy i czynić porównania. Należy kontynuować poszukiwania w archiwach i bibliotekach.

Podsumowanie

Poznanie czynników inicjujących powstanie PSPZ i kół terenowych pozwala dotknąć realia, poznać klimat wybranych miast, uwarunkowania ich rozwoju – w których przyszło żyć, uczyć się, pracować i podejmować społeczne działania liderkom pielęgniarstwa zawodowego. Umożliwia też głębsze zrozumienie ich pobudek działania na rzecz rozwoju zawodu i stowarzyszenia pielęgniarek w międzywojniu.

Wskazane problemy w pielęgniarstwie z okresu tworzenia PSPZ są ponadto wciąż aktualne, mimo upływu czasu, zmian systemowych i uregulowań prawnych; nadal wymagają rozmów, negocjacji, starań. Wiedza i pamięć o rodowodzie ruchu zawodowego pielęgniarek, wydarzeniach, faktach, liderkach wzmacnia tożsamość grupy zawodowej i buduje dumę. Obowiązkiem w odniesieniu do przyszłych pokoleń pielęgniarek jest profesjonalna archiwizacja zbiorów w kołach wojewódzkich i terenowych, staranne dokumentowanie bieżących działań społecznych oraz dbałość o przechowywanie dokumentacji. Brak dokumentów powoduje białe plamy w historii zawodu, czyni ją uboższą o karty pięknych społecznikowskich postaw na rzecz rozwoju zawodu i rozwoju osobowego.

Poszukiwania dokumentów z minionych lat w archiwach i ich opracowanie powinny stać się przedmiotem szczególnych działań i troski studentów wyższych szkół pielęgniarstwa i członkiń PTP.

Bibliografia

1. Iżycka J, Wiszniewska M, Staniewska J, Krótki przegląd. Sprawozdanie z pierwszego zebrania Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Napisane przez Lavinie Dock honorową sekretarkę, [w:] Materiały przygotowane na obchody 75-lecia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. ZG PTP, Warszawa, 31–35.
2. Maksymowicz A, Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. PZWL, Warszawa 1977, 41–43.
3. Przemowa przewodniczącej – prezydenta ICN w czasie pierwszego Kongresu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w 1901 r. Przemowę wygłosiła Ethel Bedford Fenwick, [w:] Iżycka J, Wiszniewska M, Staniewska J, Materiały przygotowane na obchody 75-lecia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa, 33–36.
4. Wrońska I, Polskie pielęgniarstwo 1921–1939. Norbertinum, Lublin 1991, 43.
5. Bukowska A, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych – powstanie i działalność w latach 1925–1939, [w:] Urbanek B (red.), Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, 197–207.

6. Zuchora J, Prawne regulacje w pielęgniarstwie w okresie II Rzeczypospolitej, [w:] Urbanek B (red.), Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, 210.
7. Tamże, 213.
8. Tamże, 216; Dz.U. RP. Nr 63/1937.
9. Dobrowolska B, Materiały historyczne pielęgniarstwa polskiego. Oficyna Wydawnicza MA, Łódź 2013, 16–17, 22.
10. Bogusz J (red.), Encyklopedia dla pielęgniarek. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, 382.
11. Wrońska I, Polskie pielęgniarstwo 1921–1939. Norbertinum, Lublin 1991, 37.
12. Kaniewska-Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. 3. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, 47–49.
13. Bridge H.L. Stowarzyszenie Pielęgniarek w Polsce, [w:] Wrońska I, Polskie pielęgniarstwo 1921–1939. Norbertinum, Lublin 1991, 152, 153.
14. Kaniewska-Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. II, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, 87.
15. Jezierska M.B i in., Pochylone nad człowiekiem. Z dziejów Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa 1921–1945, PWN, Warszawa, 249–257.
16. Wrońska I, Polskie pielęgniarstwo 1921–1939. Norbertinum, Lublin 1991, 143–148.
17. Kaniewska-Iżycka J. Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. I., Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989; 69–73.
18. Urbanek B. Zmagania o profesję w XIX i XX wieku (do roku 1963). W: Urbanek B. (red.). Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku, Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008; 68.
19. Bukowska A. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych – powstanie i działalność w latach 1925–1939, [w:] Urbanek B (red.), Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2008, 205.
20. Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. I, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1987, 70, 77.
21. Maksymowicz A, Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1977, 130–132.
22. Przemsza-Zieliński J, Historia Zagłębia Dąbrowskiego. Wydano staraniem Związku Zagłębiowskiego, Sosnowiec 2006, 301.
23. Przemsza-Zieliński J, Rocznik sosnowiecki 1996, t. 5. Urząd Miejski w Sosnowcu, Sosnowiec 1997, 168.
24. Tamże, 148.
25. Kastro T, Na początku był cynk... Sosnowiecka Korporacja Wydawnicza SCW, 41–42.
26. Lewandowski JF, Na początku była kolej. Miejska Biblioteka Publiczna im. Gustawa Daniłowskiego, Sosnowiec 2009, 5–8.
27. Przemsza-Zieliński J, Historia Zagłębia Dąbrowskiego. Wydano staraniem Związku Zagłębiowskiego, Sosnowiec 2006, 301.

28. Przemsza-Zieliński J, Sosnowiec jako największa wieś na świecie. Ekspres Zagłębiowski, Nr 11 (24) 26 października 1991, 7.
29. Tamże.
30. Przemsza J, Sosnowiecka encyklopedia historyczna, z. 4, marzec 1998. Sosnowiecka Oficyna Wydawniczo-Autorska Sowa-Press, Sosnowiec, 442–443.
31. Zagłębie, którego już nie ma. Sosnowiecki szpital na Lepiankach, jak zwał, tak zwał. MZ, BOR, Polska Dziennik Zachodni, 22–23 czerwca 2013, 9.
32. Kocot E, 90 lat Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu, [w:] Przemsza-Zieliński J (red.), Rocznik sosnowiecki 1996, t. 5, Urząd Miejski w Sosnowcu, Sosnowiec 1997, 76–91.
33. Lewandowski JF, Na początku była kolej. Miejska Biblioteka Publiczna im. Gustawa Daniłowskiego, Sosnowiec 2009, 24.
34. Pukowska-Mitka M, Tkocz M, Kompleks przemysłowo-osadniczy Schoena dawniej i dziś. Rocznik Sosnowiecki 1993, Oficyna Wydawnicza „Socius”, Katowice 26.
35. Trzaskoma A, Opieka nad matką i małym dzieckiem ze środowiska robotniczego w Zagłębiu Dąbrowskim w latach 1918–1939, Praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Wandy Bobrowskiej-Nowak, Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice 1984.
36. Ziemia J, Kształtowanie się proletariatu zagłębiowskiego, [w:] Przemsza-Zieliński J, Historia Zagłębia Dąbrowskiego. Wydano staraniem Związku Zagłębiowskiego, Sosnowiec 2006, 34.
37. Kasa Chora... (to już 75 wiosen), Magazyn Ekspres Zagłębiowski nr 6 (67), 3 czerwca 1995, 48.
38. Kocot E, 90 lat Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu, [w:] Przemsza-Zieliński J (red.), Rocznik sosnowiecki 1996, t. 5, Urząd Miejski w Sosnowcu, Sosnowiec 1997, 78.
39. Zagłębiowskie imperium Kasy Chorych. Magazyn. Niezależne czasopismo miłośników Zagłębia Dąbrowskiego i Związku Zagłębiowskiego, nr 5 (66), 1995, 10–14.
40. Kocot E, Historia Szpitala Miejskiego nr 2 w Sosnowcu 1932–1994. Wydano nakładem Zarządu Miasta Sosnowca PPP Prodryn, Sosnowiec 1994, 12–13.
41. Marczek E, Rozwój średnich szkół medycznych województwa katowickiego w okresie 25-lecia PRL. Prezydium Wojewódzkiej Rady Narodowej w Katowicach, 98.
42. www.stowarzyszenia.w.okresie.miedzywojnia.w.katowicach.pl, 18 listopada 2013.
43. Kozubowska W, Jankowska J, Rys historyczny pielęgniarstwa na Śląsku, Katowice, 17 listopada 1972, 4–5.
44. Jedlecki P, Jak protestanci miasto zbudowali. Niezbędnik Śląski. Gazeta Wyborcza, z. 10: Wielokulturowość, 7.
45. Wieliński BT, Na początku była karczma. Niezbędnik Śląski. Gazeta Wyborcza, z. 10: Wielokulturowość, 4.
46. Tamże.
47. Jedlecki P, Jak protestanci miasto zbudowali. Niezbędnik Śląski. Gazeta Wyborcza, z. 10: Wielokulturowość, 7.
48. Kozubowska W, Jankowska J, Rys historyczny pielęgniarstwa na Śląsku. Katowice, 17 listopada 1972, 3–4.

49. Doktor został zlinchowany przez rozszalały tłum ludzi. *Polska Dziennik Zachodni. Historia*, 43, 17–18 sierpnia 2013, 8.
50. Chladek S, Marczek E, Rozwój średnich szkół medycznych pielęgniarstwa województwa katowickiego w okresie 25-lecia PRL, [w:] *Rys historyczny pielęgniarstwa na Śląsku*, Katowice, 17 listopada 1972, 1.
51. Kaniewska-Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. 2. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, 145–149.
52. Jezierska MB et al., Powstanie i rozwój pielęgniarstwa społecznego w Warszawie do roku 1939. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, 24.
53. Kozubowska W, Jankowska J, Rys historyczny pielęgniarstwa na Śląsku. Katowice, 17 listopada 1972, 3.
54. Kaniewska-Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. 2. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, 98.
55. Kozubowska W, Jankowska J, Rys historyczny pielęgniarstwa na Śląsku. Katowice, 17 listopada 1972, 4–5.
56. Kuźnik G, Taśmy ze strychu. Towarzysze z NSDAP na prywatnym filmie. *Nasza historia. Dziennik Zachodni*, Katowice, styczeń 2014, nr 1 (2), 16–17.
57. Kaniewska-Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. 1. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1987, 77.
58. Imię Walentyna jest zgodne z wykazem alfabetycznym absolwentek umieszczonym w: Jezierska MB et al., *Pochylone nad człowiekiem*; a nie Marta, które podano w: Kaniewska-Iżycka J, *Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950*, cz. 1, PWN, Warszawa 1991, 77.
59. Dąbska-Rudecka A, *Moje życie pielęgniarki*, [w:] Jezierska MB et al., *Pochylone nad człowiekiem*, t. 2, PWN, Warszawa 1993, 36–43.
60. „Pielęgniarka Polska” – pierwsze czasopismo zawodowe. *Tamże*, 260.
61. Dąbska-Rudecka A, Wspomnienia z trzyletniej szkoły pielęgniarско-położniczej przy Akademii Lekarskiej w Gdańsku. *Tamże*, 335.
62. Działalność Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. *Tamże*, 249–257.
63. Chrzanowska H, W warszawskiej szkole pielęgniarstwa. *Tamże*, 24.
64. Jezierska MB et al., *Pochylone nad człowiekiem*, t. 2, PWN, Warszawa 1993, 50, 260.
65. *Tamże*, 375, 384.
66. Charakterystyka absolwentek roczników „przedwojennych” i „wojennych”, [w:] Jezierska MB et al., *Pochylone nad człowiekiem*, t. 1, PWN, Warszawa 1991, 272.
67. *Krakowska Szkoła Pielęgniarek im. Anny Rydlówny*. Krajowa Agencja Wydawnicza, Kraków, 99.
68. Zahradniczek H (red.), *Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie*. Wydawnictwo ad vocem, Kraków 2011, 292.
69. Kaniewska-Iżycka J, Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950, cz. 2. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1989, 140, 138.

Violetta Mianowana¹, Anna Jendrzejczak¹

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Przestrzeganie praw pacjenta a poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstwiej

Respect for patients' rights and the level of patients' satisfaction with nursing care Abstract

The patients' satisfaction is the measure of fulfillment of expectations of persons who have any contact with healthcare. The term comes from the English language and means contentment. The quality of client/patient and medical worker relationship is a fundamental factor affecting the level of satisfaction with medical service.

This study is devoted to respect for patients' rights which is important factor in patient's satisfaction with medical service.

The aim of the research was to determine the relationship between patients' satisfaction with nursing care and respect for patients' rights.

Research was conducted in SPSK 4 in Lublin in The Department of Cardiac surgery in 2012 and 106 patients took part in it. Diagnostic survey was the method used and the author's questionnaire was the research tool.

From the presented results we can conclude:

1. According to the majority of surveyed people's opinion, the level of respect for patients' rights is average.
2. Satisfaction with nursing care depends on respecting the patients' rights.

To meet the demands of modernity, we must, therefore, put a lot of effort in favor of health care which is inseparably connected with respecting the patients' rights.

Key words: satisfaction, quality, nursing care, patients' rights

Wprowadzenie

Satysfakcja pacjenta jest na swój sposób miarą spełniania oczekiwań usługobiorcy mającego kontakt z opieką zdrowotną. Sam termin jest tłumaczeniem z angielskiego *patient satisfaction*, co oznacza zadowolenie. Pomimo trudności w definiowaniu pojęcia „satysfakcja pacjenta”, zainteresowanie tym zjawiskiem w polskich placówkach medycznych wciąż wzrasta, gdyż wiąże się z jakością.

Jakość relacji klient/pacjent i pracownik medyczny, jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na poziom satysfakcji z usługi medycznej. Klient powinien

otrzymywać więcej niż oczekuje, tzn. postrzegana przez niego korzyść ma przewyższać poniesione koszty. Koszty te mogą być zarówno natury ekonomicznej (opłata za usługę), jak i psychospołecznej (m.in. porzucenie nawyków, np. palenia tytoniu, przezwyciężenie strachu i bólu). Klient stający się pacjentem wybranego zakładu opieki zdrowotnej konfrontuje swoje oczekiwania z wrażeniami, zwłaszcza pierwszymi. Ich suma stanowi doświadczenie. W przypadku pozytywnego odbioru pierwszej usługi, przy kolejnych wizytach klient nadal kształtuje swe oczekiwania, które zostają wzbogacone o własne doświadczenie, ewentualnie opinie innych pacjentów oraz bezosobowe sygnały wysyłane przez usługodawców (dyplomy potwierdzające kwalifikacje, tytuły na tabliczkach u drzwi) [1]. Satysfakcja pacjenta to również stopień, w jakim opieka zdrowotna jest akceptowana przez pacjenta, przy równoczesnym uwzględnieniu jego oczekiwań i potrzeb [2]. Według H. Lenartowicz, „satisfakcja jest powiązana z osobistymi oczekiwaniami, osobistymi wartościami i doświadczeniami”. Kiedy istnieje rozbieżność pomiędzy oczekiwaniami pacjenta a tym, czego doświadcza, nie można mówić o satysfakcji [3].

Różnica pomiędzy oceną tych oczekiwań a rzeczywistością jest określana, postrzegana jakość usługi. Występująca różnica, pomiędzy jakością oczekiwaną a faktycznie otrzymywaną jest sprawą indywidualną i subiektywną każdego klienta [4].

Pacjent jest zainteresowany jakością kliniczną, dostępnością oraz subiektywną satysfakcją z udzielanych świadczeń. W czasie świadczenia usługi pacjent ocenia zachowanie personelu, punktualność, ilość i jakość uzyskiwanych informacji oraz relacje między pracownikami.

Poziom zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej określają zarówno cechy charakterologiczne pacjenta, jak i obiektywne istniejące możliwości instytucji świadczących usługi medyczne oraz fakty o charakterze egzystencjalnym.

Wysoka jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej, charakteryzuje się tymi samymi cechami, co cały system opieki zdrowotnej. Oceny jakości świadczeń pielęgniarskich dokonuje się na podstawie skutecznego rozwiązywania problemów zdrowotnych pacjentów. Adekwatnym kryterium oceny poziomu świadczonych usług pielęgniarskich jest efekt, jaki wywierają one na zdrowie i samopoczucie pacjenta, które budują jego zadowolenie.

Głównymi wyznacznikami w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej są, między innymi:

- realizowanie opieki na najwyższym profesjonalnym poziomie,
- zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego, przestrzeganie przyjętych procedur i standardów,
- podmiotowe traktowanie pacjenta,
- przestrzeganie praw pacjenta oraz zasad etyki zawodowej,
- organizowanie opieki, jej ciągłość, jednoosobowa odpowiedzialność pielęgniarki, praca oparta na założeniach procesu pielęgnowania; dokumentowanie,

- skuteczność – opieka jest ukierunkowana na cele pielęgniarstwa,
- powszechna dostępność,
- koncentracja działań na promocji zdrowia, profilaktyce chorób i niepełnosprawności,
- komunikowania się z pacjentem i jego rodziną,
- udział w diagnozowaniu, leczeniu,
- wykonywanie zleceń lekarskich,
- wykonywanie zabiegów pielęgniarstkich,
- indywidualizacja opieki,
- kształtowanie środowiska opieki (technicznych i społecznych warunków pobytu i funkcjonowania pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej) [5, 6].

Kryteria te są pochodną rozwoju podsystemu pielęgniarstwa, jego autonomicznych celów i funkcji, przyjętej filozofii i koncepcji pielęgnowania, oszacowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także systemu prawnego regulującego funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Ważnym więc wyznacznikiem satysfakcji pacjenta z usług medycznych jest m.in. przestrzeganie praw pacjenta, czemu poświęcone jest niniejsze opracowanie. Doświadczenie choroby oraz kontakt z instytucjami leczniczymi jest szczególnym przypadkiem obrony własnych wartości i praw. Jednym z najważniejszych jest poszanowanie godności, z czym wiązą się pozostałe prawa, takie jak: prawo do prywatności i intymności, prawo do informacji, poufności, kontaktu z rodziną czy szacunku do przekonań religijnych.

Celem badań było określenie związku satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstkiej z przestrzeganiem praw pacjenta. W szczególności podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

1. Jaki jest poziom respektowania praw pacjenta podczas realizacji opieki pielęgniarstkiej?
2. Czy poczucie satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarstkiej pozostaje w związku z respektowaniem praw pacjenta?

Badania przeprowadzono w 2012 r. w SPSK 4 w Lublinie w Oddziale Kardiologii. Badaniem objęto 106 pacjentów. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic pomiędzy porównywanymi grupami użyto testu χ^2 . Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test t-Studenta, zaś dla więcej niż dwóch grup zastosowano analizę wariancji ANOVA. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

Wyniki badań

Znajomość praw pacjenta oraz ich respektowanie podnosi jakość świadczeń medycznych, dlatego tematyka ta wzbudza duże zainteresowanie i ma konkretny wymiar praktyczny.

W niniejszych badaniach wzięło udział 73 mężczyzn i 33 kobiety w grupie 106 badanych.

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób z uwzględnieniem płci

Odpowiedzi	N	%
Kobieta	33	31,13
Mężczyzna	73	68,87
Ogółem	106	100,00

Średnia wieku osób badanych wynosiła 60 lat. Osoby te stanowiły 38,68% (n = 41), natomiast w wieku od 61 do 67 lat odsetek wynosił 28,30% (n = 30) i powyżej 67 lat odsetek wynosił 33,02% (n = 35).

Tabela 2. Charakterystyka badanych osób z uwzględnieniem wieku

Odpowiedzi	N	%
Do 60 lat	41	38,68
61-67 lat	30	28,30
Powyżej 67 lat	35	33,02
Ogółem	106	100,00

Respondenci w większości mieli średnie wykształcenie – 35,85% (n = 14), natomiast 27,36% (n = 29), miało wykształcenie zawodowe. Wykształcenie wyższe posiadało 23,58% (n = 25), zaś zaledwie 13,21% (n = 14) wykształcenie podstawowe.

Tabela 3. Charakterystyka badanych osób z uwzględnieniem ich wykształcenia

Odpowiedzi	N	%
Podstawowe	14	13,21
Zawodowe	29	27,36
Średnie	38	35,85
Wyższe	25	23,58
Ogółem	106	100,00

Ankietowani w 63,21%, (n = 67) mieszkali na terenie miasta, natomiast 36,79%, (n = 39) badanych mieszkało na wsi.

Tabela 4. Charakterystyka badanych osób z uwzględnieniem ich miejsca zamieszkania

Odpowiedzi	N	%
Wieś	39	36,79
Miasto	67	63,21
Ogółem	106	100,00

Badani pacjenci w większości stwierdzili – 60,38% (n = 64), że zostali w pełni poinformowani przy przyjęciu do szpitala o przysługujących im prawach, 17,92% (n = 19) przyznało, że zostali przynajmniej częściowo poinformowani, 6,60% (n = 7) stwierdza, że wcześniej znało te prawa, natomiast 15,09% badanych (n = 16) nie zostało poinformowanych o prawach pacjenta, co wyraźnie wzbudziło ich niezadowolenie.

Tabela 5. Zestawienie danych na temat poinformowania pacjentów o przysługujących im prawach

Odpowiedzi	N	%
Tak	64	60,38
Nie	16	15,09
Częściowo	19	17,92
Znali wcześniej	7	6,60
Ogółem	106	100,00

Znacząca większość badanych – 73,30% (n = 83) przyznała, że podczas ich pobytu na oddziale przysługujące im prawa były przestrzegane, 18,87% (n = 20) badanych nie miało na ten temat zdania, natomiast tylko 1 osoba – 0,94% stwierdziła, że nie wszystkie prawa były przestrzegane. Marginalny odsetek, bo 1,89% pacjentów (n = 2) zaprzeczył przestrzeganiu ich praw przez personel pielęgniarski.

Tabela 6. Przestrzeganie praw pacjenta przez pielęgniarki w opinii respondentów

Odpowiedzi	N	%
Tak	83	78,30
Nie	2	1,89
Nie wiem	20	18,87
Nie wszystkie	1	0,94
Ogółem	106	100,00

Godność to wartość autoteliczna, dlatego szczególnie w sytuacjach trudnych dla człowieka, takich jak choroba, staje się wyznacznikiem zachowań. Z respektowaniem godności osobistej nierozłącznie związane jest prawo do intymności, prywatności, poufności czy informacji.

Zdecydowana większość ankietowanych – 97,17% ($n = 103$) odpowiedziała pozytywnie na pytanie „Czy podczas wykonywania zabiegów pielęgniarki szanowały godność pacjenta, zapewniały prywatność i intymność”, natomiast niespełna 2,83% ($n = 3$) osób udzieliło odpowiedzi negatywnej.

Tabela 7. Zestawienie danych odnośnie do poszanowania przez pielęgniarki godności osobistej, zachowania intymności i prywatności

Odpowiedzi	N	%
Tak	103	97,17
Nie	3	2,83
Ogółem	106	100,00

Większość badanych, 86,79% ($n = 92$) uważa, że zasada poufności/tajemnicy zawodowej jest realizowana przez pielęgniarki, zaś 13,21% ($n = 14$) nie wie, czy poufność jest przestrzegana przez pielęgniarki, co może sugerować ograniczone zaufanie do personelu pielęgniarskiego.

Tabela 8. Opinie pacjentów odnośnie do przestrzegania zasady poufności/tajemnicy zawodowej przez pielęgniarki

Odpowiedzi	N	%
Tak	92	86,79
Nie	0	0,00
Nie wiem	14	13,21
Ogółem	106	100,00

Zadowolające jest, że prawie wszyscy badani stwierdzili – 90,57% ($n = 96$), że pielęgniarki wyjaśniały, co będą robić przed przystąpieniem do wykonywania zabiegu, natomiast 7,54% ($n = 8$) przyznało, że pielęgniarki robiły to jedynie wówczas, gdy były o to poproszone (tab. 5).

Tabela 9. Wyjaśnianie przez pielęgniarki zakresu i charakteru swoich czynności przed przystąpieniem do ich wykonywania

Odpowiedzi	N	%
Tak	96	90,57
Nie	2	1,89
Tylko, gdy były o to poproszone	8	7,54
Ogółem	106	100,00

Kolejną ważną kwestią dla pacjenta jest świadomość, do kogo mogą się zwracać o pomoc w sytuacji roszczeń wynikających z nieprzestrzegania praw im przysługujących. Okazuje się, że 66,98% ($n = 71$) pacjentów wie, gdzie kierować skargi i wnioski na temat opieki, natomiast 33,02% ($n = 35$) badanych czuje bezradność.

Tabela 10. Zestawienie odpowiedzi pacjentów odnośnie do znajomości miejsca kierowania skarg i wniosków dotyczących opieki

Odpowiedzi	N	%
Tak	71	66,98
Nie	35	33,02
Ogółem	106	100,00

Do wyznaczenia poziomu przestrzegania praw pacjenta przyjęto następującą punktację za odpowiedzi na powyższe pytania: za odpowiedź „tak” badany otrzymał 1 punkt, za odpowiedź „częściowo” i „nie zawsze” – 0,5 pkt, za odpowiedź „nie” – 0 pkt.

Następnie zostały wyznaczone następujące poziomy:

- poziom niski – jeśli badany uzyskał 0–51% maksymalnej liczby punktów,
- poziom przeciętny – 51–75% maksymalnej liczby punktów,
- poziom wysoki – 75–100% maksymalnej liczby punktów.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono, że najwięcej, bo 46,23% ($n = 49$) ankietowanych przyznało, że poziom przestrzegania praw pacjenta był przeciętny, 28,30% ($n = 30$) ankietowanych uważało, że poziom przestrzegania praw pacjenta był wysoki, natomiast 25,47% ($n = 27$) osób uważało, że przestrzeganie praw pacjenta kształtowało się na niskim poziomie.

Tabela 11. Poziom przestrzegania praw pacjenta w opinii respondentów

Poziom przestrzegania praw	N	%
Niski	27	25,47
Przeciętny	49	46,23
Wysoki	30	28,30
Ogółem	106	100,00

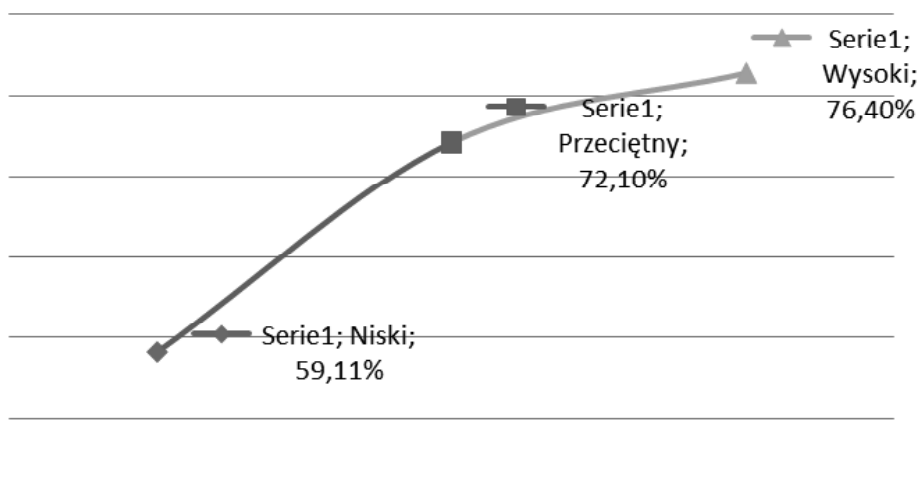
W dalszej analizie porównano poziom satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej i poziom przestrzegania praw pacjenta. Okazuje się, że poziom satysfakcji jest statystycznie zależny od przestrzegania praw pacjenta. Dane ilustruje tabela 12.

Tabela 12. Analiza zależności przestrzegania praw pacjenta i poziomu satysfakcji

Poziom przestrzegania praw pacjenta	średnia	odchylenie standardowe	średni procent wyniku maksymalnego poziomu satysfakcji z opieki	F	p
Niski	22,46	3,95	59,11%	48,741	0,000
Przeciętny	27,40	2,06	72,10%		
Wysoki	29,03	1,86	76,40%		
Korelacja poziomu przestrzegania praw pacjenta i poziomu satysfakcji: r = -0,6695, p = 0,000					

Zestawienie powyższych danych wskazuje, że im wyższy poziom przestrzegania praw pacjenta, tym wyższy poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej ($p < 0,05$).

Kolumna „średni procent wyniku maksymalnego” informuje, że na przykład osoby, które oceniły poziom przestrzegania praw pacjenta jako niski, średnio uzyskiwały 59,11% poziomu satysfakcji. Osoby oceniające poziom przestrzegania praw pacjenta jako przeciętny średnio uzyskiwały 72,10% poziomu satysfakcji, analogicznie poziom wysoki, co ilustruje także poniższy rysunek.



Rys. Odsetek danych dotyczący analizy zależności przestrzegania praw pacjenta i poziomu satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej

Podsumowanie

W odniesieniu do opieki pielęgniarskiej przestrzeganie praw pacjenta, jak dowodzą powyższe badania, jest jej ważnym elementem. Świadczone usługi powinny uwzględniać aktualne potrzeby jednostki i społeczeństwa, być w jednakowym

stopniu i zakresie dostępne dla każdego, przynosić korzyści i pozytywne skutki, być akceptowane przez pacjenta/klienta, oraz wykorzystywać w odpowiedni sposób i maksymalnym stopniu dostępne środki materialne i osobowe.

Podsumowując zebrany materiał badawczy należy stwierdzić, że pacjenci nie zawsze są wystarczająco informowani o przysługujących im prawach (33,01%), co trzeci badany nie wie też, gdzie kierować skargi i wnioski. Zadowolający natomiast jest fakt, że prawie wszyscy badani pacjenci są zadowoleni z powodu przestrzegania prawa do poszanowania godności, prywatności i intymności, przestrzegania zasady poufności i respektowania tajemnicy zawodowej. Generalnie dwie trzecie respondentów stwierdza, że prawa pacjentów są respektowane przez personel pielęgniarski, przy czym 30% uznaje wysoki poziom ich przestrzegania, 49% przeciętny i 27% niski.

Podobne, wcześniejsze badania pokazały, że co piąty pacjent przyjmowany do placówki leczniczej nie jest informowany o prawach pacjenta, topografii oddziału czy harmonogramie dnia [7]. Pacjenci natomiast na ogół mają orientację na temat praw im przysługujących, nie znając często szczegółów, co jest skorelowane najczęściej z wiekiem i wykształceniem [8]. Co prawda widać tendencje wzrostowe w liczbie osób znających swoje prawa, lecz nadal sytuacja nie jest zadowolająca, co staje się dużym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia [9]. Coraz większą rolę w tym zakresie odgrywają pielęgniarki, zarówno bowiem w badaniach własnych, jak i w innych badaniach, których celem było ukazanie opinii pacjentów na temat informowania o prawach pacjenta widać, że pacjenci najczęściej informowani są o nich właśnie przez pielęgniarki [10].

Z literatury wynika, że często łamane jest prawo do intymności, bo w 26% [11]. Godzi to w fundamentalne prawo poszanowania godności osobistej człowieka.

Na podstawie zaprezentowanych wyników badań własnych można sformułować następujące wnioski:

1. Poziom respektowania praw pacjenta jest, zdaniem największej części badanych, przeciętny.
2. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej zależy od respektowania praw pacjentów, przy czym im wyżej oceniono przestrzeganie praw pacjenta, tym wyższy jest poziom satysfakcji z opieki pielęgniarskiej.

Konkludując należy stwierdzić, że nadal istnieje duże zapotrzebowanie na edukację dotyczącą praw pacjenta. Trzeba także wiele wysiłku, by sprostać wymaganiom współczesności na rzecz jakości opieki, która nierozzerwalnie wiąże się z respektowaniem praw pacjenta.

Bibliografia

1. Kulczycka K., Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej, [w:] Podstawy organizacji opieki pielęgniarskiej, A. Ksykiewicz-Dorota (red.). Czelej, Lublin 2004, 167–171.
2. Piątek A., Zarządzanie jakością, [w:] Zarządzanie w pielęgniarstwie, A. Ksykiewicz-Dorota (red.). Czelej, Lublin 2005, 303–328.
3. Lenartowicz H., Organizacja i organizowanie, [w:] Podstawy organizacji opieki pielęgniarskiej, A. Ksykiewicz-Dorota (red.). Czelej, Lublin 2004, 30.
4. Szeszycka I., Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum* 2000, 12, 20.
5. Piątek A., Standardy a jakość w opiece zdrowotnej, [w:] Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce. Przewodnik metodyczny, A. Piątek (red.). Wydawnictwo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1999.
6. Kulczycka K., Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów opieki pielęgniarskiej. *Zdrowie Publiczne* 2001, 1, 53–56.
7. Derkacz J., Majdan U., Hurkała B., Siedlecka J., Denkiewicz A., Informowanie pacjenta prawem człowieka chorego, www.cmj.org.pl, 2011.
8. Wroński K., Znajomość praw pacjenta przez osoby chore leczone w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Onkologia Polska* 2007, 10 (2), 75–83.
9. Raport z badania świadomości i wiedzy Polaków na temat praw pacjenta. www.prawa-pacjenta.eu, 10.12.2010.
10. Kowalska M.E., Geryn B., Malczyk M., Krys K., Prawo pacjenta do poszanowania własnej godności, [w:] Bioetyka i praktyka medyczna. Wybrane zagadnienia, B. Dobrowolska, A. Pilewska, I. Wrońska (red.). UM Lublin 2011, 177–185.
11. Wroński K., Cywiński J., Depta A., Bocian R., Dziki A., Przestrzeganie prawa pacjenta do intymności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2009, 6 (1), 77–81.

Małgorzata Poznańska¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Zarządzanie zasobami kadr pielęgniarских w placówkach medycznych

Human resource management of nursing staff in medical institutions Abstract

Human resources management is subject to variation in the prevailing economic situation. Efficient management of medical institutions depends largely on the proper management of their resources. The issue of adequate management becomes particularly important when the resources with which we deal are locally scarce. The issue of appropriate allocation of resources becomes even more important when they meet essential social needs. Proper governance is particularly important in the area of health care – primarily due to: the connection between the size and quality of services as well as the health and life of the people, or the impact of a proper distribution of human and material resources on the level of medical services.

Key words: nursing personnel, management

Wprowadzenie

Zarządzanie zasobami kadr pielęgniarских w placówkach medycznych zależy od wielu czynników i warunków, takich jak: otoczenie zakładów opieki zdrowotnej, rynek pracy i usług medycznych, wytyczne dotyczące niezbędnych kwalifikacji, poziom ingerencji państwa w rynek usług medycznych. Dlatego nadrzędnym celem zarządzania personelem w służbie zdrowia jest pozyskiwanie i spożytkowanie kapitału ludzkiego przy uwzględnieniu jego potrzeb i oczekiwań, w taki sposób, aby zapewnić organizacji wymaganą liczbę pracowników o odpowiednich kwalifikacjach, umiejętnościach i kompetencjach w odpowiednim miejscu i czasie, zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, zgodnie z celami i misją placówki [34, 12, 4].

Celem publikacji jest poznanie wybranych aspektów zarządzania kadrami pielęgniarскими na przykładzie placówek medycznych. Analizy dokonano na podstawie informacji uzyskanych z działów personalnych ośmiu szpitali regionu Małopolski i Śląska, funkcjonujących w największych miastach województwa.

Zarządzanie zasobami ludzkimi kadry pielęgniarskiej w placówkach medycznych

Zasoby ludzkie, obok zasobów finansowych, materialnych i informacyjnych, należą do podstawowych dóbr organizacji [20, 12, 3, 33]. Kapitał ludzki wchodzący w skład zasobów niematerialnych definiowany jest jako zbiór wartości tkwiących w ludziach, takich jak: wiedza, umiejętności, doświadczenie zawodowe, cechy psychologiczne, zdrowie i energia vitalna zawarta w poszczególnych osobach oraz społeczeństwie lub narodzie jako całości [21, 22]. Potencjał ludzki jest rozumiany jako zbiór możliwości, zdolności, sprawności i motywacji tkwiących w ludziach, a tym samym w organizacji. Stanowi źródło zdolności do pracy, usług, satysfakcji i zarobków. Można zauważyć, że poszczególne składniki kapitału ludzkiego decydują o kreatywności i przedsiębiorczości. Zmiany zachodzące w systemie opieki zdrowotnej wymuszają doskonalenie zarządzania, równocześnie dochodzi do coraz silniejszej presji wymuszającej wzrost jakości usług przy zachowaniu poziomu efektywności ekonomicznej.

Efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach medycznych interpretowane jako współczesne podejście do sprawowania funkcji personalnej pozwala uzyskać przewagę nad konkurentami oraz zrealizować cel i misję ustalone przez organizację. Pojęcie „efektywne zarządzanie” oznacza sprawność, czyli umiejętność osiągania wyników współmiernych do nakładów pracy oraz skuteczność, czyli wybór właściwych celów do realizacji [46].

Praca ludzka jest towarem specyficznym, który wyróżnia:

- niepowtarzalność cech ludzkich zarówno fizycznych, jak i psychicznych,
- zmienność cech ludzi w czasie pod wpływem rozwoju fizycznego, psychicznego oraz warunków środowiskowych,
- niemożność „magazynowania” pracy ludzkiej wyróżniająca się bezpowrotną utratą czasu i efektów pracy, która nie została wykorzystana racjonalnie (tj. z uwzględnieniem kwalifikacji i dyspozycyjności człowieka do pracy),
- ograniczoność fizycznych i psychicznych możliwości działania człowieka (granice ponoszenia wysiłku, zmęczenie narastające wraz z upływem czasu i intensywnością pracy) [20, 12, 3, 33].

Istotą zarządzania zasobami ludzkimi jest doprowadzenie do sytuacji, kiedy pracownicy uzyskują satysfakcję z pracy na akceptowalnym przez nich poziomie, a jej efekty pozwalają realizować cele organizacji. W takim ujęciu zarządzanie zasobami ludzkimi to: „proces tworzenia warunków do tego, by ludzie chcieli aktywnie włączyć się w osiąganie przez przedsiębiorstwo zamierzonych stanów (misji) i czerpali ze swej pracy satysfakcję, w tym również satysfakcję materialną” [20, 12, 1–3, 33]. Zarządzanie zasobami ludzkimi należy rozumieć jako strategiczną koncepcję traktującą ten zasób organizacji, jakim są jej pracownicy, w sposób podmiotowy, uwzględniając ich potrzeby, oczekiwania oraz optymalnie wykorzystując ów zasób

w odpowiednim miejscu i czasie zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, zgodnie z celami, a także misją organizacji. Zdrowie i życie pacjentów, a także jakość świadczonych usług medycznych zależą od kompetencji personelu i jakości zarządzania. Zarządzanie personelem jest kluczowym czynnikiem sprawnego wykonywania zadań i realizacji celów placówek medycznych, powinno więc opierać się na poniższych zasadach:

- traktowanie ludzi jako inwestycji,
- zapewnienie intensywnej motywacji indywidualnej pracowników,
- stwarzanie warunków do konkurencji,
- tworzenie klimatu do przewodzenia,
- permanentne przygotowanie i doskonalenie pracowników,
- orientacja na przyszłość,
- uznanie etyki zawodowej za podstawę do harmonijnego współdziałania ludzi [20–24, 12, 3, 33–34].

Podstawowe cele zarządzania kadrami są następujące:

- zapewnienie najwyższego poziomu opieki nad pacjentem,
- okazywanie dbałości o personel,
- umożliwienie kadrze zarządzającej osiągnięcia wyznaczonych celów poprzez zaangażowanie personelu,
- wykorzystanie w pełni możliwości i umiejętności zatrudnionego personelu,
- wzbudzanie zaangażowania pracowników poprzez ścisłą kontrolę jakości ich usług medycznych, a także kontrolę jakości całej organizacji,
- spajanie i integrowanie zasad polityki dotyczącej zasobów ludzkich z planami rozwoju organizacji oraz umacnianie odpowiedniej kultury,
- opracowanie spójnych zasad polityki personalnej i zatrudnienia, co ma na celu optymalną obsadę stanowisk oraz poprawę jakości pracy,
- stworzenie warunków pracy sprzyjających kreatywności i nowatorstwu pracowników [20, 12, 1–3, 33–37].

Realizacja tych zasad jest uwarunkowana sprawnością działania systemu zarządzania personelem. Kwestia odpowiedniego zarządzania staje się szczególnie istotna w sytuacji, gdy ma się do czynienia z dobrami nie występującymi powszechnie w danym obszarze.

Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi charakteryzuje się następującymi cechami:

- personel jest podstawowym czynnikiem osiągnięcia przez firmę przewagi konkurencyjnej na rynku,
- strategia rozwojowa jest ściśle powiązana ze strategią zarządzania zasobami ludzkimi,
- kadra kierownicza czynnie uczestniczy w procesach planowania, organizowania, kierowania i kontrolowania spraw personalnych,

- odpowiednio ukształtowana kultura organizacyjna jest podstawą działań w zakresie zarządzania potencjałem ludzkim,
- zaangażowanie personelu jest budowane przez różne formy partycypacji pracowniczej [20, 12, 3, 33].

Obecnie pracodawcy zaczynają być zależni od zaangażowania, kompetencji i wydajności swoich pracowników. Wiedza personelu na każdym poziomie struktury przedsiębiorstwa warunkuje tworzenie wartości, umniejszając znaczenie kapitału [3–7]. Niezależność pracowników posiadających specjalistyczny zasób wiedzy i dla których wiedza jest głównym elementem ich pracy powoduje silne uzależnienie kierowników od swoich podwładnych [48–49].

Placówki medyczne różnią się od innych przedsiębiorstw świadczących usługi lub wytwarzających dobra materialne, co jest spowodowane rodzajem usług. Świadczenia zdrowotne cechują się: nietrwałością, brakiem możliwości magazynowania, jednoczesnością świadczenia i wykorzystania usług, różnorodnością świadczeń wchodzących w skład usługi, występowaniem ścisłego związku z osobą wykonującą i korzystającą z usługi, niemożnością nabycia prawa własności usługi. Usługi te są również niematerialne [15]. Obowiązujące mechanizmy finansowania, a także fakt, że znaczna część usług zdrowotnych to dobra publiczne, powodują, że rynek usług medycznych jest rynkiem niedoskonałym [9].

Uwarunkowania i organizacja procesu zarządzania zasobami ludzkimi kadr pielęgniarskich

Cele organizacji osiągane są poprzez realizację szczegółowych zadań w następujących obszarach operacyjnych zarządzania zasobami ludzkimi, do których należą: planowanie zatrudnienia, sposób rekrutowania, selekcja i wprowadzanie nowych pracowników do zespołu, problematyka rozwoju potencjału pracy, motywowanie i ocenianie, a także przyjęcia i zwolnienia oraz kształtowanie warunków i stosunków pracy [1, 39–41].

Zarządzanie zasobami ludzkimi odbywa się zawsze w określonych warunkach współwystępowania wielu czynników, wśród których można wyróżnić czynniki o charakterze interpersonalnym i ekonomicznym [13, 22].

Brak możliwości zaspokajania podstawowych potrzeb egzystencjalnych przez większą część personelu medycznego, a także pracowników administracyjnych staje się bodźcem do konfliktów w zespołach pracowniczych. Do tych czynników należy też zaliczyć inne okoliczności rozumiane w skali makro, takie jak istniejący w kraju system opieki zdrowotnej i związana z nim konkurencja na rynku usług medycznych. Stanowią one podłoże do stosownego podejścia w rozwiązywaniu problemów powstających w poszczególnych obszarach zarządzania podmiotem leczniczym,

pod warunkiem właściwego określenia przez zarządzającego podstaw funkcjonowania placówki: wizji, misji, strategii ogólnej i funkcjonalnych, polityki – w tym polityki jakości, personalnej, finansowej [3, 6, 14, 28, 50].

Budowa strategii i modelu organizacji związana jest również z ukierunkowaniem działań rekrutacyjnych. Istotnym atutem jest zapewnienie przyszłym pracownikom dobrze wyposażonego stanowiska i elastycznego czasu pracy. W placówkach medycznych działy personalne zajmują się głównie zadaniami administracyjnymi i technicznymi. Personel zarządzający nie jest przygotowany do proaktywnego zarządzania podwładnymi [3, 14].

Podstawą planowania zasobów pielęgniarskich powinna być dokładna analiza stanowiska pracy obejmująca jego opis. Powinny być w nim zawarte następujące elementy: obowiązki, warunki pracy oraz wykorzystywane narzędzia, materiały i sprzęt w czasie pracy [34]. Planowanie kadry pielęgniarskiej powinno wynikać z systematycznej oceny jej potrzeb. Dane obejmujące aktualny stan wykorzystania zasobów pielęgniarskich, potrzeby wynikające z toku pracy, plany strategiczne oraz sytuację ekonomiczną powinny być podstawą oceny stanu wyjściowego kadry pielęgniarskiej i wykazywania rozdzwieku w stosunku do pożądanego stanu wyjściowego. W sprawach dotyczących ustalania minimum norm zatrudnienia pielęgniarek obligatoryjne jest uwzględnienie takich czynników, jak: liczba i rodzaj świadczonych usług, średni czas wykonywania usług, efektywny czas pracy pielęgniarek [3, 33]. Istotnym elementem jest planowanie zapotrzebowania kadry pielęgniarskiej polegające na określeniu:

- podaży wewnętrznej – aktualnie zatrudniona kadra pielęgniarska,
- podaży zewnętrznej – kadra pielęgniarska zatrudniona na zewnętrznym rynku pracy [3, 33].

Na podstawie tych danych możliwe jest ustalenie planu zatrudnienia obejmującego liczbę i strukturę zatrudnienia kadry pielęgniarskiej. Opracowany i przyjęty plan zatrudnienia stanowi podstawę dla dalszych działań i planów personalnych, takich jak: szkolenia, ich rodzaj, harmonogram i koszt, rozwój pracowników wraz z planowaniem karier, plan działań motywacyjnych materialnych i niematerialnych. Planowanie potrzeb pielęgniarskich wymaga także wyboru odpowiednich metod planowania zarówno jakościowych, jak i ilościowych [3, 33–37, 47]. W określaniu minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględnia się także opinie naczelników pielęgniarek, propozycje kadry kierowniczej oraz uwagi związków zawodowych. W przypadku placówek niepublicznych przy zatrudnianiu na niektóre stanowiska konieczne jest przestrzeganie ustaw i rozporządzeń. Ustawodawca określił także kwalifikacje dla tych stanowisk [Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą z 6 lutego 2012 r., Dz.U. z 2012, poz. 182; Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od

pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z 20 lipca 2011 r., Dz.U. Nr 151, poz. 896; Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej z 28 czerwca 2013 r., Dz.U. z 2013 r., poz. 769]. Rekrutacja na stanowiska kierownicze musi uwzględniać jeszcze inne regulacje zawarte w ustawie dotyczącej zawodu pielęgniarki czy położnej [Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r., Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.].

Zasób wiedzy, posiadane umiejętności, przekonania, jak również postawy kadry pielęgniarskiej mają bezpośredni wpływ na wynik procesu leczenia. Dlatego istotnym elementem zarządzania jest utworzenie procedur rekrutacyjnych tak, aby obejmowały one możliwości sprawdzenia zarówno przygotowania merytorycznego, jak i psychospołecznego kandydatów. Selekcja kandydatów do placówki medycznej nie powinna być dokonywana tylko w oparciu o kryteria formalne, określone przepisami prawa, ale również w oparciu o elementy oceny osobowości, gdyż tylko to gwarantuje przyjęcie do pracy osób, które posiadają rzeczywiste kwalifikacje zarówno merytoryczne, jak i psychospołeczne [15–24].

W celu efektywnego zarządzania personelem medycznym należy poddać analizie obszary, które w sposób bezpośredni lub/i pośredni współlistnieją i wpływają na jakość pracy. Z analizy M.D. Głowackiej i wsp. wynika, że motywatorem do efektywnych działań jest wsparcie udzielane pracownikom. Wsparcia udzielanego pracownikom należy szukać w minimum trzech źródłach, wśród nich wymieniane są [2, 14, 28]:

1. organizacja, poprzez: politykę kadrowo-płacową, system motywacyjny, stwarzanie i propagowanie możliwości do korzystania z różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego, przeciwdziałanie skutkom stresu w pracy;
2. przełożeni, poprzez: dobór motywatorów i rzetelny proces okresowego oceniania pracowników, dbałość o dostęp i różnorodność form doskonalenia zawodowego oraz projektowanie i rozwój ścieżek kariery zawodowej, stwarzanie warunków przyjaznego, bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy;
3. współpracownicy, poprzez: tworzenie i wspieranie integralnych i interdyscyplinarnych zespołów zadaniowych, neutralizację wpływu presji czasu, dbałość o pozytywne kontakty interpersonalne, wypracowanie atmosfery wzajemnego szacunku i uznania, zapewnienie poczucia więzi społecznej.

Ważne jest zachowanie właściwych proporcji w relacji: poniesione nakłady – wyniki [2, 4, 28]. W badanych placówkach duży odsetek personelu pielęgniarskiego – 95,96% – dostrzegł brak proporcji w relacjach pomiędzy poniesionymi nakładami a osiągniętymi wynikami szczególnie w zakresie źródeł z obszaru przełożonych – 60,96%, jak również organizacji – 35%. Wśród błędów najczęściej popełnianych

przez kadrę zarządzającą pracownicy wymieniali nieodpowiednie motywowanie na skutek:

- niezaspokoienia potrzeb pracowników, a nawet czasami całkowitego ich ignorowania – 70%,
- błędnego postrzegania potrzeb podwładnych, co powoduje zniechęcenie do wykonywanej pracy i brak twórczego podejścia do niej – 30%.

Często najważniejszym czynnikiem decydującym o możliwości kształtowania stanu i struktury zatrudnienia jest kontrakt podpisany z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W analizowanych placówkach medycznych dominującą grupę pielęgniarek stanowiły te ze stażem pracy od 16 do 24 lat, było to 20% ogółu zatrudnionych, następną grupą to personel, który przepracował od 25 do 30 lat i w strukturze zatrudnienia stanowi 18%. Zatrudnieni ze stażem pracy od 10 do 15 lat to grupa licząca 17%. Łącznie w strukturze pracowników w podziale na staż pracy 44% stanowią osoby z zatrudnieniem dłuższym niż szesnastoletnie. Pracownicy najstarsi, ze stażem powyżej 31 lat, są grupą stanowiącą 6% wszystkich zatrudnionych. W omawianej grupie są też pracownicy młodzi ze stażem nieprzekraczającym 10 lat – 10% (tab. 1).

Tabela 1. Struktura zatrudnienia według stażu pracy – opracowanie na podstawie danych z działów personalnych

Staż pracy	Procent zatrudnionych
do 10 lat	10 %
od 10 do 15 lat	17%
od 16 do 24 lat	20%
od 25 lat do 30 lat	18%
od 31 lat do 40 lat	6%

W strukturze zatrudnienia w podziale na płeć przeważały kobiety. Mężczyźni stanowią 8,2% personelu pielęgniarskiego. Analiza struktury zwolnień pracowników pozwoliła stwierdzić, że na mocy porozumienia stron odeszło 58% zatrudnionych (tab. 2).

Tabela 2. Przyczyny rozwiązania stosunku pracy – opracowanie na podstawie danych z działów personalnych

Przyczyny rozwiązania stosunku pracy	Razem (%)
na mocy porozumienia stron	58,00 %
za wypowiedzeniem przez pracodawcę	16,78%
za wypowiedzeniem przez pracownika	25,22%

Wynagrodzenia pracowników składają się z dwóch składowych: pierwszy z nich to wynagrodzenie podstawowe, drugi – dodatki do wynagrodzenia podstawowego z tytułu pełnionych funkcji, charakteru warunków pracy, stażu pracy, posiadanych kwalifikacji i tytułów naukowych. Pracownikom przysługują także nagrody jubileuszowe i nagrody przyznawane przez dyrekcję za podnoszenie wydajności i jakości pracy. Pracownikom medycznym zatrudnionym w systemie pracy zmianowej przysługuje dodatkowe wynagrodzenie za każdą godzinę pracy wykonywanej w soboty, niedziele i święta oraz za pracę w porze nocnej. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego. Wysokość godzinowej stawki wynagrodzenia uzależniona jest od pory dnia i nocy, niedziel i dni świątecznych. W poniższej tabeli (tab. 3) zaprezentowane są wynagrodzenia pielęgniarские. Najmniej zarabiają pielęgniarki dyplomowane.

Tabela 3. Wynagrodzenia pielęgniarek – opracowanie na podstawie danych z działów personalnych

Stanowisko	Zarobki brutto
Pielęgniarka dyplomowana	2100–3200 zł
Specjalistka pielęgniarka	2700–3800 zł
Pielęgniarka koordynująca	3400–4500 zł
Pielęgniarka oddziałowa	3900–5200 zł
Pielęgniarka naczelna	6600–9800 zł

Uważa się, że kluczowym czynnikiem sukcesu przedsiębiorstwa jest zdobywanie i wychowywanie bardziej utalentowanych ludzi, których niezbędna i aktualna wiedza odpowiada wiedzy pracowników, a organizacja powinna być organizacją uczącą się oraz otwartą na zmiany zachodzące w konkurencyjnym otoczeniu [43]. Zarządzanie wiedzą w placówkach ochrony zdrowia podlega takim samym zasadom, jak w innych przedsiębiorstwach [2]. Podstawowymi jego elementami są umiejętności, doświadczenie zawodowe, kompetencje, cechy psychologiczne i zdrowie [21, 22]. Stanowią one źródło zdolności do pracy, usług, satysfakcji i zarobków. Tylko profesjonalna kadra poszerzająca swoją wiedzę jest w stanie udzielać usług medycznych na wysokim poziomie.

Placówka medyczna jest złożoną strukturą organizacyjną, w skład której wchodzi: kadra kierownicza, personel medyczny i pomocniczy. Pielęgniarki tworzą największe zespoły pracownicze, które mają ogromne znaczenie we współczesnym procesie zarządzania. Zwiększenie jakości usług, podnoszenie kwalifikacji i kompetencji [11, 12] wpływają na przyszłość pielęgniarstwa jako nowoczesnego i aktywnego. Zapewnienie fachowej opieki wymaga od pielęgniarek wykorzystania

zdobytej wiedzy, stałego jej pogłębiania oraz weryfikowania w trakcie nabywania doświadczeń i kompetencji. Natomiast to, że podmiotem działań pielęgniarki jest człowiek, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem konsekwencji świadczonych usług. Znajomość ogólnych zasad prawa przez pielęgniarki jest niezbędna do efektywnej i odpowiedzialnie wykonywanej pracy. Współczesna pielęgniarka jest samodzielnym profesjonalistą w zakresie pielęgnowania, jest partnerem w zespołach interdyscyplinarnych. W związku z coraz szerszym zakresem świadczeń, jakie wykonuje, niezbędne bywa ustawiczne doskonalenie zawodowe. Rozwój zawodowy pielęgniarzek definiuje Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r. (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). *Pielęgniarka ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego oraz w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia* (art. 61 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 15 lipca 2011 r.). Rozporządzenie ministra zdrowia z 29 października 2003 r. (Dz.U. Nr 197, poz. 1922 z późn. zm.) określa wykaz dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowe programy specjalizacji. W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007 r. (Dz.U. Nr 210, poz. 1540) wyszczególniono rodzaje i zakresy świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę. Stanowią one również podstawę do podejmowania różnych form doskonalenia zawodowego. Rozwój pracowników powinien wynikać ze strategii organizacji.

Personel pielęgniarski zainteresowany jest kształceniem podyplomowym ze względu na wzrost uposażenia – 40%, możliwość zajmowania wyższych stanowisk – 20%, uzyskiwanie nowych uprawnień – 15% atrakcyjność dla pracodawcy – 15%. Placówki medyczne obligowane są do posiadania specjalistycznie wykształconego personelu, np. Narodowy Fundusz Zdrowia warunkuje podpisywanie kontraktów na określone procedury od zatrudnienia personelu o określonym, specjalistycznym wykształceniu.

Przeciętnie w ciągu roku prawie 87% pielęgniarzek podnosiło swoje kwalifikacje, w tym prawie 12% w formie studiów wyższych. Analizując dane można zauważyć utrzymującą się tendencję wzrostową dotyczącą podejmowania studiów wyższych oraz szkoleń specjalizacyjnych. Kluczowy wpływ na decyzję o podnoszeniu kwalifikacji dla 60% pielęgniarzek ma czas trwania kształcenia, dla pracodawców (90%) przydatność uzyskanych kwalifikacji na stanowisku pracy oraz koszty poniesione na doskonalenie zawodowe. Najwięcej pielęgniarzek – 68% – posiada wyższy poziom wykształcenia, kolejną pozycję zajmują zatrudnione z wykształceniem średnim medycznym – 32%. Pracownicy w ramach zdobywania nowej lub poszerzenia dotychczasowej wiedzy uczestniczą w szkoleniach prowadzonych w formie szkoleń

wewnętrznych. Szkolenia wewnętrzne odbywają się corocznie zgodnie z opracowanym planem.

Podsumowanie

Sposób zarządzania w służbie zdrowia zależy od specyficznych cech, jakimi odznacza się usługa medyczna. Specyficzna „usługa medyczna” składająca się z procedur i świadczeń medycznych dostarczana przez placówkę medyczną jest bezpośrednio związana z umiejętnościami, motywacją, zaangażowaniem i kompetencjami zatrudnionych w nim osób. Wynika to z charakteru usługi. Usługa medyczna to dobro, które powstaje równocześnie przy współudziale procesu produkcji i konsumpcji. Dlatego też uważa się, że w placówce medycznej najważniejsi są ludzie, bez względu na zakres wykonywanych obowiązków. Ich wkład w tworzenie całokształtu usługi determinuje istnienie placówki na rynku.

W ramach strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi można wykorzystywać różnorodne instrumenty, takie jak m.in.: audyt personalny, analiza personalna SWOT, benchmarking, assessment center, kontrakty menedżerskie, planowanie ścieżek kariery zawodowej, outplacement czy marketing personalny. Podstawowym założeniem marketingu personalnego jest traktowanie personelu w sposób podmiotowy jako najbardziej wartościowego partnera i klienta realizacji celów rozwojowych przedsiębiorstwa. W nowoczesnie zarządzanych organizacjach w celu zwiększania efektywności zarządzania zasobami ludzkimi dąży się do tworzenia innowacyjnych form organizacji, np. w postaci projektowej organizacji zarządzania personelem. W takim modelu są dwie struktury: komórka ds. personalnych oraz zespół projektowy. Komórka ds. personalnych zajmuje się realizacją zadań stałych tzn. administracją spraw kadrowych, doradztwem personalnym w odniesieniu do osób na stanowiskach kierowniczych oraz kwestiami controllingu personalnego. Zespół projektowy wykonuje pozostałe zadania z zakresu zarządzania, np. tworzenie strategii personalnej, system ocen okresowych [34–49].

Analiza zgromadzonych danych pozwala stwierdzić, że jeśli chodzi o zarządzanie kadrami pielęgniarскими, zmiany zachodzące w placówkach dostrzegalne są szczególnie w zakresie systematycznie prowadzonych szkoleń zwiększających kwalifikacje zatrudnionych. Polityka personalna jest spetryfikowana i zbliżona raczej do tradycyjnego modelu administrowania kadrami. Właściwie realizowana koncepcja zarządzania zasobami ludzkimi wymaga traktowania polityki personalnej jako strategii. Dostrzega się konieczność zmian na poziomie finansowania, zarządzania, szkoleń i systemów motywacyjnych. Nadal obserwuje się zbyt małe zróżnicowanie poziomu wynagrodzeń zależne od jakości i efektywności pracy.

Bibliografia

1. Armstrong M, Zarządzanie zasobami ludzkimi, Oficyna Ekonomiczna, wyd. 3 poszerzone, Kraków 2005.
2. Bajurna B, Nurse – a professional working with the ill in the hospital, [w:] Management of personnel education in health care, (red.) M.D. Głowacka, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008, 152–164.
3. Bartkowiak G, Psychologiczne aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej, wyd. ABC, 2010.
4. Becker G, Ekonomiczna teoria zachowań ludzkich, PWN, Warszawa 1990.
5. Begg D, Fischer S, Dornbusch R, Ekonomia, t. 1, wyd. PWE, Warszawa 1994.
6. Bugdol M, Bugaj J, Stańczyk I, Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012.
7. Bolesta-Kukułka K, Polityka personalna w strategii rozwoju firmy, Warszawa 1995, 6–7.
8. Czarny B, Rapacki R, Podstawy ekonomii, wyd. PWE, Warszawa 2002.
9. Czapryna A, Zdrowie publiczne. Vesalius, Kraków 2000, 337.
10. Dobija D, Pomiar kapitału ludzkiego i możliwości raportowania wyników, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2002, 5.
11. Dobska M, Dobski P, Marketing usług medycznych, wyd. INFOR, Warszawa 2000.
12. Dobska M, Rogoziński K, Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, wyd. PWN, Warszawa 2008.
13. Domański SR, Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy, PWN, Warszawa 1993.
14. Głowacka MD, Galicki J, Mojs E, Zarządzanie podmiotem leczniczym. ABC, Warszawa 2013.
15. Jakość zarządzania przedsiębiorstwem, red. A. Sajkiewicz, wyd. SGH, Warszawa 1999.
16. Kilian M, Motywowanie pracowników sposobami pozapremiowymi, Kadry. Serwis spraw pracowniczych 2002, 9, 7–8.
17. Kissimowicz-Skarbek K, Finansowanie opieki zdrowotnej, [w:] Zdrowie publiczne, red. S. Poździoch, C. Włodarczyk, t. 2, Uniw. Wyd. Med. „Versalius”, Kraków 2001.
18. Kozioł L, Piechnik-Kurdziel A, Kopeć J, Zarządzanie zasobami ludzkimi w firmie. Teoria i praktyka, Warszawa 2000, 22.
19. Krawulski J, Public Relations, wyd. AE, Poznań 2000.
20. Ksykiewicz-Dorota A, Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów hospitalizowanych w eksperymencie organizacyjnym. Praca hab. Akad. Med., Lublin 1998.
21. Listwan T, Słownik zarządzania kadrami, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2005, 7.
22. Listwan T, Zarządzanie kadrami, wyd. Beck, Warszawa 2002.
23. Ładyka S, Z teorii integracji gospodarczej, wyd. SGH, Warszawa 2001.
24. Malinowska P, Zarządzanie kompetencjami, Płace 2002, 8.
25. Meyer R, de Witt B, Strategy – Process, Content, Context, International Thompson Business Press, London 1998.
26. Nasiłowski M, System rynkowy, Podstawy mikro- i makroekonomii, wyd. Key Text, Warszawa 1993.

27. Nicholson JS, The Living Capital of the United Kingdom, *The Economic Journal* 1891, 1, 1–4.
28. Nowakowska I, Głowacka MD, Rasińska R, Głowacka-Rębała A, Efektywne zarządzanie personelem medycznym przez pryzmat wymiarów jakości pracy 2012, 12, 279–285.
29. Nowicki M, Trendy i badania w zakresie wynagrodzeń, *Płace* 2002, 1.
30. Osbert-Pociecha B, Karas M, Wykorzystanie koncepcji zarządzania zintegrowaną wiedzą pracowników w reengineeringu przedsiębiorstwa, *Przegląd Organizacji* 1999, 3.
31. Owsiak S, *Finanse publiczne, teoria i praktyka*, wyd. PWN, Warszawa 2005.
32. Pardus M, Testy psychomotoryczne wykorzystywane w procesie rekrutacji pracowników, *Katalog promocyjno-reklamowy pracodawców, Absolwent* 1999/2000.
33. Pietrzak B, Karkowski T, *Zarządzanie personelem pielęgniarstwie w podmiotach leczniczych, ABC*, Warszawa 2013.
34. Pocztowski A, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Warszawa 2007, 78.
35. *Podstawy zarządzania przedsiębiorstwem. Pojęcia, funkcje, zasady, zasoby*, red. H. Bieniok, t. 1, wyd. AE, Katowice 1999.
36. Polan P, Olsen JA, *Dystrybucja usług medycznych – zagadnienia ekonomiczne i etyczne*. CeDeWu, Warszawa 2008, 170, 72.
37. Porębska J, *System ocen okresowych, Kadry, Serwis spraw pracowniczych* 2002, 7.
38. Radzikowski W, Wierziński J, *Controlling, Koncepcje – Metody – Zastosowanie*, Toruńska Szkoła Zarządzania, Toruń 1999, 106–108.
39. Sekuła Z, *Controlling personalny, cz. 1, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego Sp. z o.o.*, Bydgoszcz 1999, 9–10.
40. Sekuła Z, *Controlling personalny, cz. 1, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego Sp. z o.o.*, Bydgoszcz 1999, 55–67.
41. Sierpińska M (red.), *Controlling funkcyjny w przedsiębiorstwie*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków, 2004, 12.
42. Skowronek-Mielcarz A, Leszczyński Z, *Controlling analiza i monitoring w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2007.
43. Skrzypek E, *Kapitał intelektualny jako podstawa sukcesu organizacji w społeczeństwie wiedzy, Materiały konferencyjne*, Wyd. UMCS Lublin 2005, 11.
44. Stabryła A, *Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy*, PWN, Warszawa–Kraków 2000.
45. Steinmann H, Scherer AG, *Strategiczny i operatywny controlling (proponycja metodycznego określenia pojęć)*, *Organizacja i kierowanie* 1996, 1, 4.
46. Stoner JAF, Freeman RE, Gilbert DR, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001.
47. Strużycki M (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem*, Difin, Warszawa 2004, 373.
48. Syrkiewicz-Światała M, Holecki T, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo ŚAM, Katowice 2000, 63–69.
49. Vollmuth JH, *Controlling. Planowanie, kontrola, zarządzanie*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2003.
50. Wisotzkey S, *Recruitment & Retention Report. Will they stay or will they go? Insight into nursing turnover*, *Nursing Management* 2011, 42 (2), 15–17.

Mariola Seń, Edyta Laska, Beata Gibas, Małgorzata Kotyza, Magda Golik,
Radosław Adamski, Dorota Lizak¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Urozmaicone spożycie żywności przez studentów różnych uczelni w Polsce

The varied food intake by students from various universities in Poland Abstract

Introduction: Proper health behaviors and healthy eating are a significant factor that helps maintain health and reduce the risk of diseases. The varied food intake is a key element of proper nutrition every man. Proper diet also affects our productivity at work, at college, and on the development of social relationships and perform household duties.

Objective: The aim of this study was to evaluate the variety of food consumption among students of different universities in Polish.

Material and Methods: The study used a method of diagnostic survey using a standardized questionnaire variety of food consumption FIVEQ developed by Eve Niedźwiedzka and Lydia Wądołowska from the Department of Human Nutrition, University of Warmia and Mazury in Olsztyn. Questionnaire consists of 79 questions. The questions concerned the variety of food consumption, or consumption of various range of products from basic 8 food groups.

The study was conducted on a group of 282 people in the period from March to April 2013. They were students of computer science, University of Mining – Metallurgy in Krakow (63os.), nursing Krakow Academy of them. Andrew Frycz Modrzewski in Krakow (53os), the direction of chemical engineering Cracow University of Technology (24os), medical direction of the Pomeranian Medical University in Szczecin (69os.) and law students at the Jagiellonian University in Krakow (73os).

Results: The study revealed a diverse varied food intake for the courses of various universities. Among the students of the Academy of Science – Technology in Krakow – the direction of science were found in 59% of enough variety of food consumption, 21% adequate, 19% good and 1% excellent. Cracow University of Technology – Chemical Engineering course was observed in 54% enough variety of food consumption, 21% good, 17% inappropriate and 8% very good. Jagiellonian University in Krakow – the right direction: 48% very good variety of food consumption, 34% good, 14% adequate and 4% inadequate. Krakow Academy of them. Andrew Frycz Modrzewski in Krakow – the direction of nursing: 43% good variety of food consumption, 32% adequate, 17% very good and 8% inadequate, and at the Pomeranian Medical University in Szczecin – of Medicine found in 52% enough variety of food consumption, 29 % good, 17% and 2% inappropriate very good.

Conclusions: The study allowed us to formulate the following conclusions:

1. The best results in terms of food consumption were obtained varied among law students of the Jagiellonian University (48% achieved very good results and 34% good, and only 4% inappropriate

ate) and nursing students of the Krakow Academy of them. Andrew Frycz Modrzewski in Krakow, where 17% achieved very good results and 43% good results, and only 8% inadequate.

2. It is interesting, however, that the students of the medical well despite a good knowledge of topics related to health and proper nutrition received not the best results in terms of food intake varied: 17% inappropriate, 52% adequate, 29% good, and only 2% very good.

3. Students of technical universities: AGH – University of Cracow and obtained the worst results in terms of varied food intake. The conclusion is that the promotion of a healthy lifestyle and nutritional education especially of young people is still current and important task of public health.

Key words: nutrition, food intake varied students.

Wprowadzenie

Żywność, żywienie i zdrowie to trzy powiązane ze sobą obszary, w których w ostatnim czasie działo się szczególnie wiele nowego. Przejście do gospodarki rynkowej i wstąpienie Polski do Unii Europejskiej ogromnie rozszerzyły asortyment produktów spożywczych, dzięki którym można dziś zaspokajać potrzeby żywieniowe. Jednak sama obfitość różnorodnej i bezpiecznej żywności nie gwarantuje zdrowotnego dobrostanu społeczeństwa. Potrzebne jest prawidłowe przygotowanie pełnowartościowych posiłków i komponowanie z nich fizjologicznie adekwatnej racji pokarmowej, co wymaga elementarnej wiedzy o składzie różnych produktów spożywczych, o organizmie człowieka, jego możliwościach trawiennych i potrzebach odżywczych oraz o zasadach racjonalnego żywienia [4, 8].

Wadliwe żywienie się osób dorosłych przyczynia się do wielu różnych chorób, takich jak otyłość, miażdżyca, cukrzyca, próchnica zębów, niedokrwistość, nadciśnienie i nowotwory jelit [8, 12, 13]. Bardzo często o wyborze żywności i produktów żywnościowych decydują przede wszystkim względy smakowe. Kolejne miejsce zajmują przyzwyczajenia, a dopiero później względy zdrowotne [10, 12]. Tak jednak nie powinno być, ponieważ w przeciwieństwie do wielu zwierząt człowiek nie ma niezawodnego instynktu, który mówiłby mu, co jest niezbędne i dobre dla rozwoju i zdrowia. Organizm każdego człowieka wymaga dostarczenia z pożywieniem [3, 4, 5] odpowiedniej ilości energii niezbędnej do funkcjonowania narządów wewnętrznych, pracy mięśni i utrzymania stałej ciepłoty ciała, substancji budulcowych potrzebnych do budowy nowych i ustawicznej odbudowy zużytych komórek oraz biologicznie czynnych składników organizmu, a także substancji regulujących odpowiedzialnych za prawidłowy przebieg procesów przemiany materii i energii.

Racjonalne żywienie to nie tylko odpowiedni dobór produktów i regularne jadaćnie posiłków, dzięki czemu zapewnia się we właściwym czasie dostarczenie do organizmu wszystkich niezbędnych składników odżywczych, ale również spożywanie odpowiednich ilości pokarmów. Prawidłowe żywienie polega na takim zestawieniu całodziennych jadłospisów, aby uwzględniały one odpowiednie ilości rozmaitych pokarmów reprezentujących wszystkie grupy produktów spożywczych [3, 4].

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny urozmaicenia spożycia żywności wśród studentów różnych uczelni na terenie Polski.

Material i metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od marca do kwietnia 2013 roku. Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem Kwestionariusza Urozmaicenia Spożycia Żywności FIVEQ autorstwa Ewy Niedźwiedzkiej i Lidii Wądołowskiej z Katedry Żywienia Człowieka Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Kwestionariusz składa się z 79 pytań. Pytania dotyczą urozmaicenia spożycia żywności, czyli spożywania różnego asortymentu produktów z podstawowych grup żywności. Zastosowany kwestionariusz posłużył do zebrania informacji o spożyciu (lub nie) 63 asortymentowych grup produktów, reprezentujących 8 głównych grup żywności: 1) napoje, 2) owoce, 3) produkty mięsne, ryby, jaja, 4) produkty mleczne, 5) produkty zbożowe i ziemniaki, 6) słodczy i przekąski, 7) tłuszcze, 8) warzywa. Interpretacja urozmaicenia spożycia żywności odbyła się na podstawie liczby asortymentowych grup produktów spożytych w ciągu tygodnia: urozmaicenie nieodpowiednie: < 20; wystarczające: 20–29; dobre: 30–39; bardzo dobre: ≥ 40.

Badaniami objęto 282 studentów. Byli to studenci informatyki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie (63 os.), pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego w Krakowie (53 os.), kierunku inżynierii chemicznej Politechniki Krakowskiej (24 os.), kierunku lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (69 os.) oraz studentów prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego (73 os.).

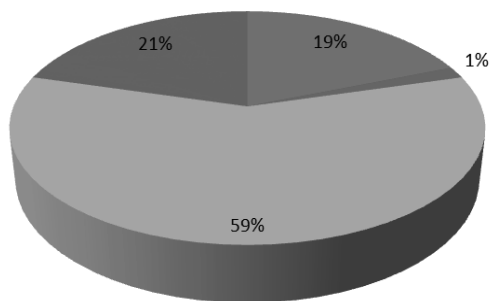
Wyniki

Przeprowadzone badania pozwoliły na ocenę spożycia żywności na poszczególnych kierunkach studiów różnych uczelni w Polsce. Studenci odpowiadali, czy i jak często spożywają wyszczególnione produkty z wymienionych wcześniej grup produktów.

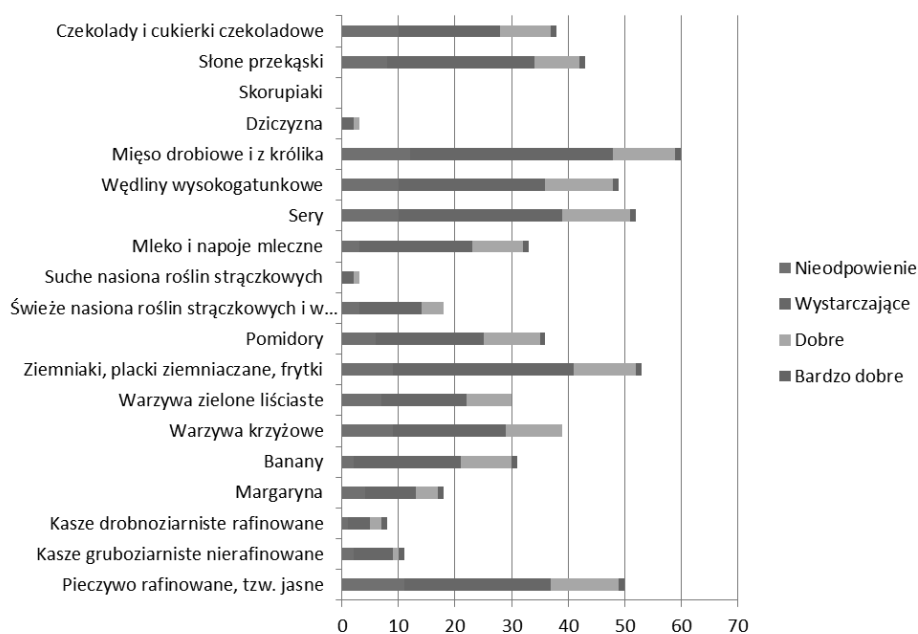
Wśród studentów informatyki Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie stwierdzono, że 59% osób wykazuje wystarczające urozmaicenie spożycia żywności. Studenci znajdujący się w tej grupie jedli produkty zbożowe, mięsne, mleczne, owoce i warzywa oraz tłuszcze w ilościach zrównoważonych. 21% respondentów wykazało nieodpowiednie urozmaicenie, ponieważ spożywali w głównej mierze słone przekąski, pieczywo jasne, ziemniaki oraz czekolady i cukierki czekoladowe.

Pomimo niewłaściwego urozmaïcenia, w diecie studentów nie zabrakło zdrowej żywności, tj. warzyw krzyżowych i zielonych, pomidorów, wędlin wysokogatunkowych oraz serów. 19% ankietowanych dobrze urozmaïca dietę. Tylko 1% studentów wykazał się bardzo dobrym urozmaïceniem spożywanej żywności, jedząc prawie wszystkie produkty wymienione w ankiecie (z wyjątkiem m.in. oliwek, skorupiaków czy dziczyzny) (wykresy 1 i 2, tabela1).

■ dobre ■ bardzo dobre ■ wystarczające ■ nieodpowiednie



Wykres 1. Urozmaïcenie spożycia żywności studentów AGH, kierunek informatyka

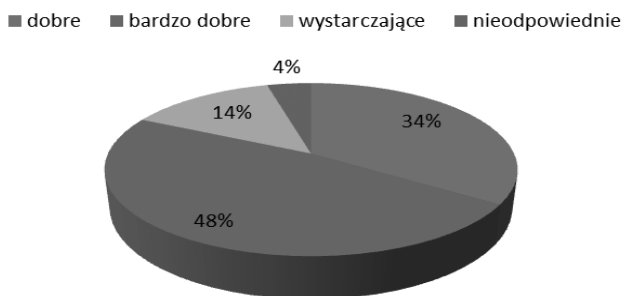


Wykres 2. Urozmaïcenie spożycia poszczególnych produktów wśród studentów informatyki AGH

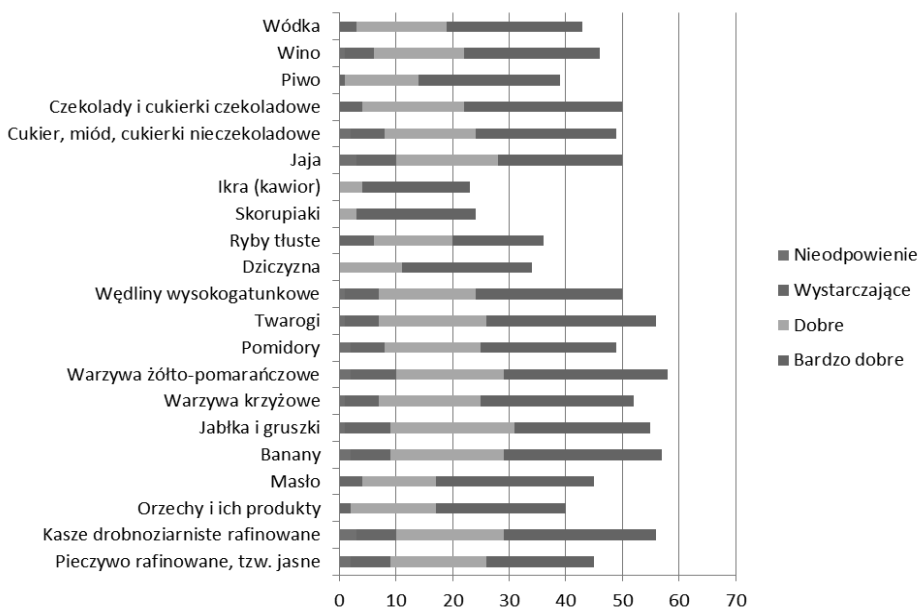
Tabela 1. Urozmaicenie spożycia wybranych produktów wśród studentów informatyki AGH

Urozmaicenie spożycia żywności	bardzo dobre		dobre		wystarczające		nieodpowiednie	
PRODUKTY	Liczba osób (%), które odpowiedziały:							
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Pieczywo razowe lub z ziarnami (ciemne)	100	0	67	33	43	57	23	77
2. Pieczywo jasne	100	0	100	0	70	30	85	15
3. Kasze drobnoziarniste rafinowane	100	0	17	83	11	89	8	92
4. Olej	100	0	92	8	78	22	46	54
5. Masło	100	0	83	17	38	62	15	85
6. Margaryna	100	0	33	67	24	76	31	69
7. Śmietana, śmietanka	100	0	50	50	24	76	15	85
8. Majonez i dressingi (sosy sałatkowe)	100	0	50	50	49	51	8	92
9. Kiwi i cytrusy	100	0	75	25	59	41	8	92
10. Banany	100	0	75	25	51	49	15	85
11. Jabłka i gruszki	100	0	67	33	46	54	23	77
12. Słodkie przetwory owocowe	100	0	75	25	35	65	15	85
13. Warzywa krzyżowe	0	100	83	17	54	46	69	31
14. Warzywa żółto-pomarańczowe	0	100	92	8	51	49	54	46
15. Warzywa zielone liściaste	0	100	67	33	41	59	54	46
16. Ziemniaki, placki ziemniaczane, frytki	100	0	92	8	86	14	69	31
17. Pomidory	100	0	83	17	51	49	46	54
18. Świeże nasiona roślin strączkowych i w puszcze	0	100	33	67	30	70	23	77
19. Mleko i napoje mleczne	100	0	75	25	54	46	23	77
20. Sery	100	0	100	0	78	22	77	23
21. Kiełbasy	100	0	83	17	49	51	38	62
22. Mięso narządowe i wyroby wędliniarskie	100	0	33	67	27	73	15	85
23. Mięso czerwone	100	0	92	8	62	38	54	46
24. Mięso drobiowe i królicze	100	0	92	8	97	3	92	8
25. Ryby chude	100	0	33	67	19	81	23	77
26. Ryby tłuste	100	0	50	50	41	59	8	92
27. Jaja – więcej niż ok. 2 sztuki na tydzień	100	0	83	17	62	38	15	85
28. Kiszona kapusta, ogórki	0	100	58	48	32	68	15	85
29. Przekąski sólne więcej niż ok. 2 łyżki stołowe	100	0	67	33	70	30	62	38
30. Cukier, miód, cukierki	100	0	83	17	51	49	38	62
31. Herbatniki, i ciastka	100	0	83	17	65	35	23	77
32. Piwo	100	0	42	58	27	73	38	62
33. Wino	100	0	17	83	11	89	8	92
34. Wódka	100	0	25	75	16	84	15	85
35. Soki owocowe i nektary	100	0	67	33	57	43	23	77
36. Woda (więcej niż 7 szklanek)	100	0	92	8	70	30	85	15

Spośród ankietowanych studentów kierunku prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, najlepsze (bardzo dobre) urozmaicenie spożycia żywności zaobserwowano u prawie co drugiego studenta (48%). Wynik ten świadczy o bardzo wysokiej higienie żywienia wśród badanej grupy. Ich dieta zawierała wszystkie produkty z każdej zamieszczonej kategorii żywnościowej. Tylko 4% posiadało nieodpowiednie urozmaicenie diety, w której dominowały jaja, cukier i czekolada, pieczywo jasne oraz kasze drobnoziarniste rafinowane. Warto zwrócić uwagę na fakt, że studenci prawa z Uniwersytetu Jagiellońskiego spożywali produkty niejadane przez inne grupy, np. dziczyznę, skorupiaki, kawior. Pomimo tak dobrej oceny sposobu żywienia, studenci prawa spożywają duże ilości alkoholu (wykresy 3 i 4, tabela 2).



Wykres 3. Urozmaicenie spożycia żywności studentów UJ, kierunek prawo



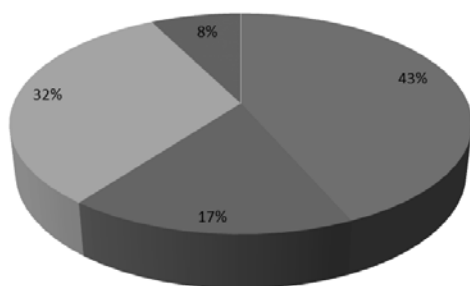
Wykres 4. Urozmaiczone spożycie poszczególnych produktów wśród studentów prawa UJ

Tabela 2. Urozmaicone spożycie wybranych produktów wśród studentów prawa UJ

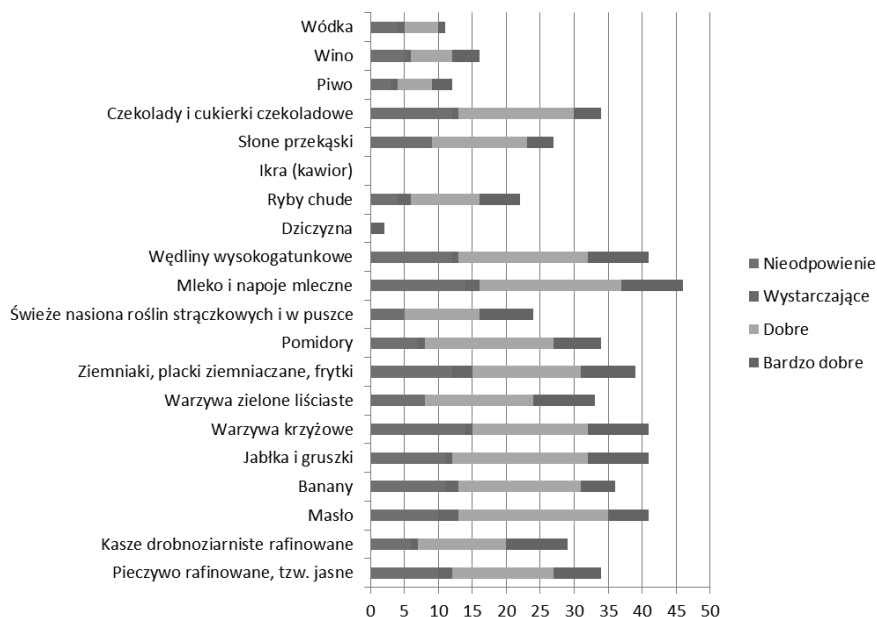
Urozmaicenie spożycia żywności	bardzo dobre		dobre		wystarczające		nieodpowiednie	
PRODUKTY	liczba osób (%), które odpowiedziały:							
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Pieczywo razowe lub z ziarnami (ciemne)	63	37	68	32	40	60	33	67
2. Pieczywo jasne	54	46	68	32	70	30	67	33
3. Kasze drobnoziarniste rafinowane	77	23	76	24	70	30	100	0
4. Olej	71	29	68	32	70	30	33	67
5. Masło	80	20	52	48	40	60	0	100
6. Margaryna	77	23	68	32	10	90	0	100
7. Śmietana, śmietanka	69	31	72	28	40	60	67	33
8. Majonez i dressingi (sosy sałatkowe)	77	23	72	28	20	80	0	100
9. Kiwi i cytrusy	69	31	60	40	70	30	33	67
10. Banany	80	20	80	20	70	30	67	33
11. Jabłka i gruszki	69	31	88	12	80	20	33	67
12. Słodkie przetwory owocowe	74	26	52	48	40	60	33	67
13. Warzywa krzyżowe	77	23	72	28	60	40	33	67
14. Warzywa żółto-pomarańczowe	83	17	76	24	80	20	67	33
15. Warzywa zielone liściaste	80	20	76	24	50	50	67	33
16. Ziemniaki, placki ziemniaczane, frytki	83	17	76	24	70	30	33	67
17. Pomidory	69	31	68	32	60	40	67	33
18. Suche nasiona roślin strączkowych	77	23	44	56	0	100	33	67
19. Mleko i napoje mleczne	69	31	48	52	50	50	67	33
20. Sery	71	29	80	20	80	20	33	67
21. Kiełbasy	77	23	52	48	50	50	0	100
22. Mięso narządowe i wyroby wędliniarskie	74	26	52	48	30	70	0	100
23. Mięso czerwone	86	14	72	28	30	70	33	67
24. Mięso drobiowe i królicze	80	20	72	28	90	10	67	33
25. Ryby chude	66	34	32	68	0	100	0	100
26. Ryby tłuste	46	54	56	44	60	40	0	100
27. Jaja – więcej niż ok. 2 sztuki na tydzień	63	37	72	28	70	30	100	0
28. Kiszona kapusta i ogórki	83	17	64	36	50	50	0	100
29. Przekąski sólne więcej niż ok. 2 łyżki stołowe	66	34	68	32	50	50	67	33
30. Cukier, miód, cukierki	71	29	64	36	60	40	67	33
31. Herbatniki, i ciastka	80	20	72	28	60	40	33	67
32. Piwo	71	29	52	48	10	90	0	100
33. Wino	69	31	64	36	50	50	33	67
34. Wódka	69	31	64	36	30	70	0	100
35. Soki owocowe i nektary	74	26	56	44	40	60	33	67
36. Woda (więcej niż 7 szklanek)	71	29	84	16	70	30	33	67

W badaniu wśród studentów kierunków medycznych, lepszym urozmaicheniem żywienia wykazali się studenci pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii, gdzie 43% osób wykazało się dobrym urozmaicheniem spożycia żywności. Osoby te spożywały wszystkie produkty z wymienionych kategorii żywieniowych z wykluczeniem dziczyzny, kawioru oraz tłuszczów zwierzęcych, tj. smalcu i słoniny; 32% badanych charakteryzowało się wystarczającym urozmaicheniem spożycia żywności, 17% bardzo dobrym, a tylko 8% nieodpowiednim. W ostatniej grupie przeważały produkty takie, jak: słone przekąski, cukierki, czekolada, ciasta, jasne pieczywo (wykresy 5 i 6, tabela 3).

■ dobre ■ bardzo dobre ■ wystarczające ■ nieodpowiednie



Wykres 5. Urozmaichenie spożycia żywności przez studentów KA, kierunek pielęgniarstwo

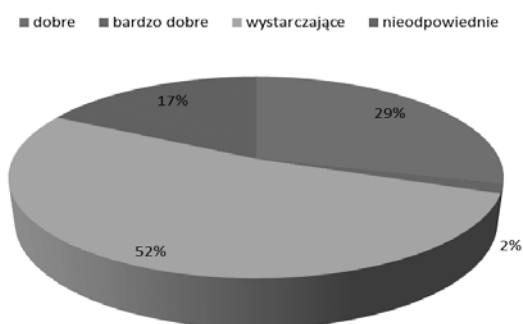


Wykres 6. Urozmaichenie spożycia poszczególnych produktów wśród studentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii

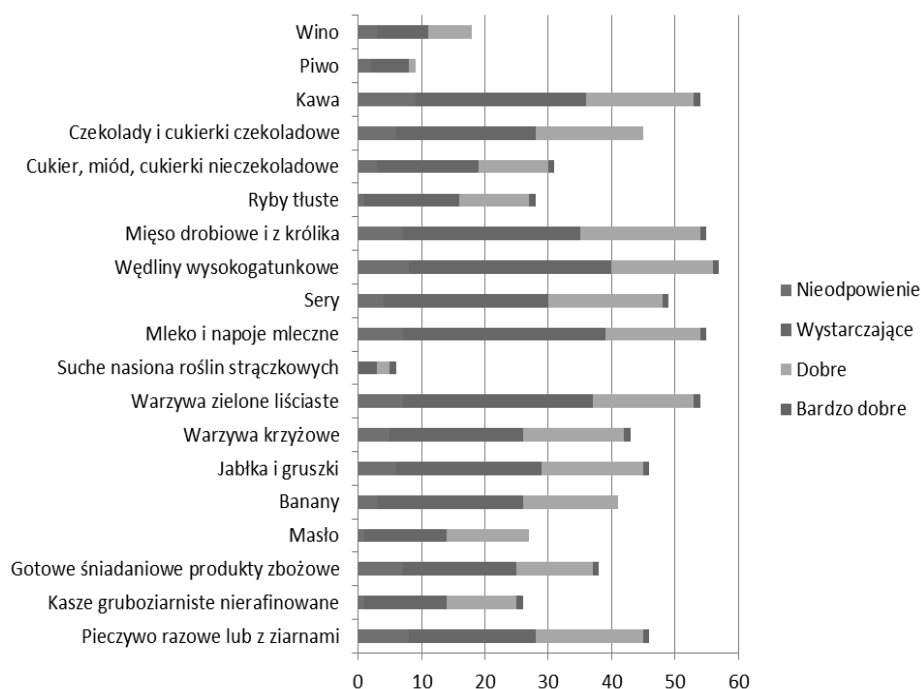
Tabela 3. Urozmaicenie spożycia żywności wybranych produktów przez studentów KA, kierunek pielęgniarstwo

Urozmaicenie spożycia żywności	bardzo dobre		dobre		wystarczające		nieodpowiednie	
PRODUKTY :	Liczba osób (%), które odpowiedziały:							
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Pieczywo razowe lub z ziarnami (ciemne)	100	0	65	35	53	47	25	75
2. Pieczywo jasne	78	22	65	35	59	41	50	50
3. Kasze drobnoziarniste rafinowane	100	0	57	43	65	35	25	75
4. Olej	100	0	78	22	47	53	50	50
5. Masło	67	33	96	4	59	41	75	25
6. Margaryna	78	22	48	52	41	59	0	100
7. Śmietana, śmietanka	67	33	57	43	29	71	0	100
8. Majonez i dressingi (sosy sałatkowe)	89	11	57	43	35	65	50	50
9. Kiwi i cytrusy	100	0	78	22	59	41	0	100
10. Banany	56	44	78	22	65	35	50	50
11. Jabłka i gruszki	100	0	87	13	65	35	25	75
12. Słodkie przetwory owocowe	56	44	65	35	41	59	50	50
13. Warzywa krzyżowe	100	0	74	26	82	18	25	75
14. Warzywa żółto-pomarańczowe	100	0	100	0	76	24	25	75
15. Warzywa zielone liściaste	100	0	70	30	47	53	0	100
16. Ziemniaki, placki ziemniaczane, frytki	89	11	70	30	71	29	75	25
17. Pomidory	78	22	83	17	41	59	25	75
18. Świeże nasiona roślin strączkowych i w puszcze	89	11	48	52	29	71	0	100
19. Mleko i napoje mleczne	100	0	91	9	82	18	50	50
20. Sery	100	0	78	22	82	18	0	100
21. Kiełbasy	100	0	57	43	41	59	25	75
22. Mięso narządowe i wyroby wędliniarskie	89	11	39	61	24	76	0	100
23. Mięso czerwone	78	22	52	48	35	65	25	75
24. Mięso drobiowe i królicze	100	0	96	4	53	47	0	100
25. Ryby chude	67	33	43	57	24	76	50	50
26. Ryby tłuste	89	11	43	57	29	71	0	100
27. Jaja – więcej niż ok. 2 sztuki na tydzień	67	33	74	26	71	29	75	25
28. Kiszona kapusta i ogórki	89	11	83	17	47	53	0	100
29. Przekąski sólne (więcej niż ok. 2 łyżki stołowe)	44	56	61	39	53	47	0	100
30. Cukier, miód, cukierki	89	11	65	35	53	47	0	100
31. Herbatniki, i ciastka	78	22	83	17	76	24	0	100
32. Piwo	33	67	22	78	18	82	25	75
33. Wino	44	56	26	74	29	71	25	75
34. Wódka	11	89	22	78	24	76	25	75
35. Soki owocowe i nektary owocowe	89	11	78	22	47	53	50	50
36. Woda (więcej niż 7 szklanek)	78	22	91	9	82	18	75	25

Z kolei na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, aż 17% ankietowanych kierunku lekarskiego wykazało nieodpowiednie urozmaicenie spożywanej żywności. W ich diecie przeważały przetwory mleczne, kawa, cukier i czekolada oraz gotowe śniadaniowe produkty zbożowe. Stwierdzono także, że wystarczające oraz dobre urozmaicenie wynosiło, odpowiednio, 52% oraz 29%. Niestety, tylko 2% ankietowanych charakteryzowało się bardzo dobrym urozmaiceniem diety (wykresy 7 i 8, tabela 4).



Wykres 7. Urozmaicenie spożycia żywności przez studentów PUM w Szczecinie, kierunek lekarski



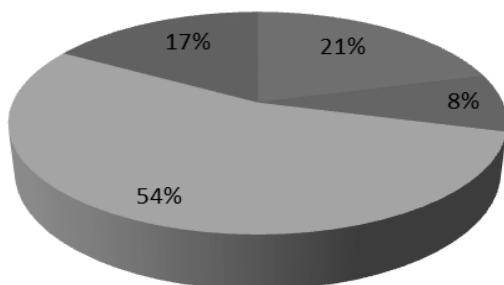
Wykres 8. Urozmaicenie spożycia poszczególnych produktów wśród studentów kierunku lekarskiego PUM w Szczecinie

Tabela 4. Urozmaicenie spożycia wybranych produktów wśród studentów kierunku lekarskiego PUM w Szczecinie

Urozmaicenie spożycia żywności	bardzo dobre		dobre		wystarczające		nieodpowiednie	
PRODUKTY	liczba osób (%), które odpowiedziały na:							
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
1. Pieczywo razowe lub z ziarnami (ciemne)	100	0	85	15	56	44	67	33
2. Pieczywo jasne	0	100	40	60	47	53	8	92
3. Kasze drobnoziarniste rafinowane	100	0	45	55	19	81	8	92
4. Olej	100	0	70	30	64	36	25	75
5. Masło	0	100	65	35	36	64	8	92
6. Margaryna	0	100	15	85	19	81	0	100
7. Śmietana, śmietanka	0	100	60	40	28	72	17	83
8. Majonez i dressingi (sosy sałatkowe)	0	100	30	70	31	69	0	100
9. Kiwi i cytrusy	100	0	90	10	58	42	25	75
10. Banany	0	100	75	25	64	36	25	75
11. Jabłka i gruszki	100	0	80	20	64	36	50	50
12. Słodkie przetwory owocowe	100	0	65	35	31	69	17	83
13. Warzywa krzyżowe	100	0	80	20	58	42	42	58
14. Warzywa żółto-pomarańczowe	100	0	85	15	81	19	42	58
15. Warzywa zielone liściaste	100	0	80	20	83	17	58	42
16. Ziemniaki, placki ziemniaczane, frytki	100	0	65	35	47	53	17	83
17. Pomidory	100	0	75	25	72	28	58	42
18. Suche nasiona roślin strączkowych	100	0	10	90	8	92	0	100
19. Mleko i napoje mleczne	100	0	75	25	89	11	58	42
20. Sery	100	0	90	10	72	28	33	67
21. Kiełbasy	100	0	45	55	44	56	8	92
22. Mięso narządowe i wyroby wędliniarskie	100	0	15	85	11	89	0	100
23. Mięso czerwone	100	0	65	35	33	67	0	100
24. Mięso drobiowe i królicze	100	0	95	5	78	22	58	42
25. Ryby chude	100	0	35	65	14	86	8	92
26. Ryby tłuste	100	0	55	45	42	58	8	92
27. Jaja – więcej niż ok. 2 sztuki na tydzień	0	100	90	10	64	36	8	92
28. Kiszona kapusta i ogórki	100	0	30	70	36	64	25	75
29. Przekąski sone więcej niż ok. 2 łyżki stołowe	100	0	35	65	47	53	25	75
30. Cukier, miód, cukierki	100	0	55	45	44	56	25	75
31. Herbatniki, i ciastka	100	0	50	50	47	53	25	75
32. Piwo	0	100	5	95	17	83	17	83
33. Wino	0	100	35	65	22	78	25	75
34. Wódka	0	100	15	85	25	75	33	67
35. Soki owocowe i nektary	100	0	40	60	19	81	17	83
36. Woda (więcej niż 7 szklanek)	100	0	95	5	94	6	100	0

Na Politechnice Krakowskiej na kierunku inżynieria chemiczna, zaobserwowano, że ponad połowa (54%) ankietowanych wykazała się wystarczającym urozmaicheniem spożycia żywności, 21% osób dobrym, 17% nieodpowiednim. Niestety, tylko 8% respondentów wykazało bardzo dobre urozmaicenie spożywanej żywności (wykres 9).

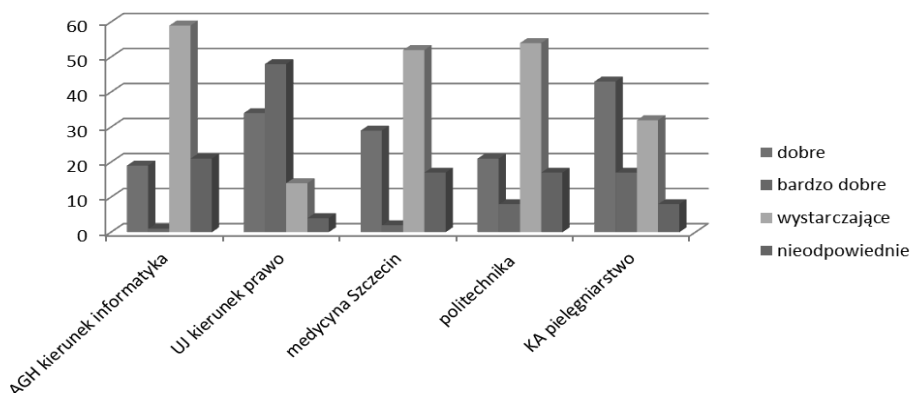
■ dobre ■ bardzo dobre ■ wystarczające ■ nieodpowiednie



Wykres 9. Urozmaicenie spożycia żywności przez studentów PK, kierunek inżynieria chemiczna

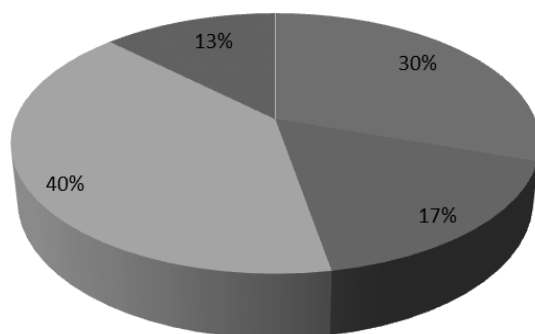
Wykres 10 zestawia urozmaicenia spożycia żywności przez studentów na poszczególnych uczelniach. Dane te wskazują, że studenci uczelni technicznych (Akademia Górniczo-Hutnicza oraz Politechnika Krakowska) uzyskali najgorsze wyniki odnośnie do urozmaiconego spożycia żywności. Z kolei najlepsze wyniki uzyskali studenci prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego (48% oraz 34% wykazało odpowiednio bardzo dobre i dobre urozmaicenie, a tylko 4% nieodpowiednie) oraz studenci pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii, gdzie 17% uzyskało wyniki bardzo dobre, 43% wyniki dobre, natomiast tylko 8% osób nieodpowiednie. Studenci PUM kierunku lekarskiego nie uzyskali najlepszych wyników, co plasuje ich pomiędzy uczelniami technicznymi oraz Uniwersytetem Jagiellońskim i Krakowską Akademią.

Porównując rodzaj urozmaicenia spożywanej żywności wśród wszystkich studentów przeważało wystarczające urozmaicenie (40%), dobrym i bardzo dobrym urozmaiceniem wykazało się, odpowiednio, 30% i 17% ankietowanych. Najmniej osoby (13%) odżywia się nieracjonalnie i niewystarczająco dobrze (wykres 11).



Wykres 10. Porównanie urozmaïcenia spożycia żywności przez studentów na poszczególnych uczelniach

■ dobre ■ bardzo dobre ■ wystarczające ■ nieodpowiednie



Wykres 11. Porównanie urozmaïcenia spożycia żywności przez wszystkich badanych studentów

Dyskusja

Zdrowie jest jednym z podstawowych i najważniejszych dóbr człowieka. Prowadzenie zdrowego stylu życia, prawidłowe odżywianie się oraz regularny wysiłek fizyczny pozwalają cieszyć się zdrowiem przez długi czas. Urozmaicone i racjonalne odżywianie wpływa na rozwój człowieka i pozwala utrzymać dobry stan zdrowia.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najlepsze wyniki odnośnie do urozmaïconego spożycia żywności uzyskano wśród studentów prawa Uniwersytetu Jagiel-

łońskiego oraz studentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii. Z kolei studenci uczelni technicznych (Akademia Górniczo-Hutnicza, Politechnika Krakowska) uzyskali wyniki najgorsze.

Studenci pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii wykazują w 43% dobre urozmaicenie żywienia, natomiast tylko 8% badanych odżywia się nieracjonalnie. Z kolei studenci z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie wykazują tylko w 29% dobre urozmaicenie spożycia żywności; aż 17% badanych z tamtejszej uczelni posiada nieodpowiednie urozmaicenie spożycia żywności. Porównując powyższe wyniki można zaobserwować, że studenci pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii odżywiają się znacznie lepiej niż studenci kierunku lekarskiego PUM w Szczecinie.

Pietryka-Michałowska i wsp. [9] w swoich badaniach oceniali zachowania zdrowotne studentów Akademii Medycznej w Lublinie. Z przeprowadzonych przez nich badań wynika, że większość ankietowanych – 219 osób (56,3%) uważa, że odżywia się nieracjonalnie i niezdrowo. Pozostali respondenci – 170 osób (43,7%) uważali swoje odżywianie za prawidłowe.

Podobne badania przeprowadziła Seń i wsp. [11] wśród studentów wybranych uczelni wrocławskich. Według nich, pozytywną ocenę odżywiania deklarowali głównie studenci Akademii Medycznej (53%) i Uniwersytetu Przyrodniczego (43%), a najrzadziej Politechniki Wrocławskiej (34%).

Kasze oraz rośliny strączkowe posiadają wysoką wartość odżywczą i są źródłem błonnika. Biorąc pod uwagę spożycie wybranych produktów żywnościowych stwierdzono, że studenci AGH w niewielkim stopniu spożywają kasze i rośliny strączkowe. Myszkowska i wsp. [7] prowadząc badania wśród studentek SGGW stwierdzili, że zbyt rzadko włączają one do swojego jadłospisu produkty bogate w węglowodany złożone (w tym błonnik): 60% kobiet wyeliminowała całkowicie z diety kaszę, a 43% rośliny strączkowe.

Spożycie pieczywa pełnoziarnistego wśród studentów jest zbyt rzadkie w stosunku do zaleceń dietetycznych WHO. Studenci WL PUM, podobnie jak studentki SGGW, częściej spożywają pełnoziarniste produkty zbożowe w porównaniu do studentek AWF z Warszawy [7]. Z kolei według badań Seń i wsp. [11], pieczywo ciemne jadał codziennie co czwarty student Politechniki Wrocławskiej oraz co trzeci kształcący się na UP. Warto podkreślić, że tylko 40% badanych z AM spożywało pełnoziarniste pieczywo.

Jednym z elementów stylu życia i odżywiania się studentów jest konsumpcja alkoholu. Studenci informatyki AGH najchętniej sięgali po piwo. Wśród osób studiujących na UJ, KA oraz PUM przeważało spożywanie wina. Grupą, która spożywa najwięcej alkoholu są studenci prawa UJ. Według Łaszek i wsp. [6], najczęściej spożywanym alkoholem przez studentów jest piwo, a następnie wino.

Jeśli chodzi o spożycie mięsa wśród studentów Politechniki Wrocławskiej i Uniwersytetu Przyrodniczego, najczęściej było to mięso drobiowe oraz wieprzowina

(Politechnika Wrocławska 67 i 44% oraz Uniwersytet Przyrodniczy 82 i 18%). Natomiast studenci Akademii Medycznej chętniej wybierali ryby (34%) oraz wieprzowinę (21%) [11]. Studenci Krakowskiej Akademii odżywiający się dobrze i bardzo dobrze oraz studenci Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego z urozmaicheniem żywienia dobrym i wystarczającym, jedzą zarówno ryby chude, jak i tłuste. Warto podkreślić, że większe spożycie ryb zanotowano u studentów Wydziału Zdrowia i Nauk Medycznych Krakowskiej Akademii niż Wydziału Lekarskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Według badań przeprowadzonych przez Gajewską i Ostrowską [2] wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, że niemal 10% badanych nie spożywało w ogóle ryb morskich. Należy jednak podkreślić, że znacząco częściej spożywali je studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu (14,6%) niż osoby kształcące się na Wydziale Lekarskim (7,1%).

Podsumowanie

Najlepsze wyniki w ocenie urozmaiconego spożycia żywności uzyskano wśród studentów prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego (48% uzyskało wyniki bardzo dobre i 34% dobre, a tylko 4% nieodpowiednie) oraz studentów pielęgniarstwa Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, gdzie 17% uzyskało wyniki bardzo dobre i 43% wyniki dobre, a tylko 8% nieodpowiednie.

Zastanawiające jest natomiast, że studenci kierunku lekarskiego, pomimo dobrej znajomości tematyki związanej ze zdrowiem i właściwym odżywianiem, uzyskali nienajlepsze wyniki odnośnie do urozmaiconego spożycia żywności: 17% nieodpowiednie, 52% wystarczające, 29% dobre, a tylko 2% bardzo dobre.

Studenci uczelni technicznych – Akademii Górniczo-Hutniczej i Politechniki Krakowskiej, uzyskali najgorsze wyniki. Nasuwa się więc wniosek, że promocja zdrowego stylu życia i edukacja żywieniowa szczególnie młodych ludzi jest wciąż aktualnym i istotnym zadaniem zdrowia publicznego.

Bibliografia

1. Całyniuk B, Grochowska-Niedworok E et al., Piramida żywienia – wczoraj i dziś, *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2011, 92 (1), 20–24.
2. Gajewska M, Ostrowska A, Zróżnicowanie spożycia ryb morskich przez studentów dwóch wydziałów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna* XLII, 2009, 2, 131–136.
3. Gawęcki J, Mossor-Pietraszewska T, *Kompedium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu*, Wyd. PWN, Warszawa 2008.

4. Gawęcki J, Hryniewicz L, Żywnienie człowieka, Podstawy nauki o żywieniu, Wyd. PWN, Warszawa 2000.
5. Jarosz M, Stoś K et al., Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2012, 86–122.
6. Łaszek M, Nowacka E, Szatko F, Negatywne wzorce zachowań studentów. Część 1: Konsumpcja alkoholu i stosowanie substancji psychoaktywnych, Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92 (1), 114–119.
7. Myszkowska-Ryciak J, Krasniewska A, Harton A, Gajewska D, Porównanie wybranych zachowań żywieniowych studentek Akademii Wychowania Fizycznego i Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92 (4), 931–934.
8. Peckenpaugh NJ, Podstawy żywienia i dieto-terapia, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
9. Pietryka-Michałowska E, Wdowiak L, Szymańska J, Zachowania zdrowotne studentów Akademii Medycznej, Zdrowie Publiczne 2005, 115 (1), 71–74.
10. Rychlik E, Jarosz M. et al., Jarosz M (red.), Zasady prawidłowego żywienia dzieci i młodzieży raz wskazówki dotyczące zdrowego stylu życia, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2008.
11. Seń M, Zacharczuk A, Lintowska A, Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2012, 2, 2, 113–123.
12. Suliga E, Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych, Hygeia Public Health 2010, 45 (1), 44–48.
13. Waśkiewicz A, Sygnowska E, Broda G, Ocena stanu zdrowia i odżywiania osób w wieku 75 lat w populacji polskiej, badanie Wobasz-Senior. Bromatologia i Chemia Toksykologiczna XLV, 2012, 3, 614–618.

Mariola Seń^{1,2}, Ewa Maciak³, Anna Felińczak², Dorota Lizak¹

¹ Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

² Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu

³ Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy Zdroju i Klinika Chirurgii Plastycznej
Uniwersytetu Medycznego im Piastów Śląskich we Wrocławiu

Zachowania zdrowotne młodzieży w wieku adolescencji z wadami wrodzonymi twarzoczaszki

Health behaviour of young people in the age of adolescence
with craniofacial birth defects

Abstract

Health behaviors are one of the factors determining human health. They arise in the course of individual development, as a result of various life events that cause behavioral changes, and over the life under the influence of different factors are many changes. The period of adolescence is the time that decides whether a young person will make in their adult life resources, or rather the risks of many diseases. Aim of the study. Aim of this study was to assess the health behavior of young people aged 16–19 years who, due to defects in craniofacial. Materials and methods. The study included 100 patients aged 16–19 years treated for congenital malformations in craniofacial (cleft lip and / or palate) in the Specialist Medical Centre in Polanica Zdroj in the Department of Plastic Surgery and the Department of Plastic Surgery, Medical University in 2011. Were persons with unilateral cleft (40%) and bilateral (60%). The study was carried out by using a diagnostic survey questionnaire copyright. To develop the numerical results and graphical used Microsoft Office Excel 2007. Results. The study included 100 participants: 50 boys and 50 girls. These were mostly rural dwellers (38%), medium (24%) and small cities (22%). The financial situation of the respondents were in their assessment of good (60%) and very good (10%), only 4% rated it as poor. Obesity was found in 8% of respondents. Much of the youth has a health risk behaviors. These relate to inadequate nutrition (daily eats brown bread only 32%, cheese 36% and 36% raw vegetables, and sweets eats up about 50% of respondents), smoking (14% of girls and 20% boys from 6-10 cigarettes a day), alcohol (17% of girls and 28% boys drink alcohol several times a week) and being good with stress. Despite this, respondents recognize the value of health and are interested in the strengthening. 50% of boys and 60% of girls would like to change something about your appearance. Conclusions. Youth declares its willingness to care for the health. The source of knowledge about the health of the subjects was often the medical staff (56%), of which the young people have frequent contact during subsequent visits to the hospital. It is worrying that adolescence speak of a lack of trust in relation to adults, and a sense of inability to get help and support from them in difficult situations. The study youth requires regular health education, particularly in the development of certain habits and health behaviors and the acquisition of skills to cope with difficult situations.

Key words: health behavior, the period of adolescence, craniofacial defects

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne są jednym z czynników determinującym zdrowie człowieka. Powstają w toku indywidualnego rozwoju, a na przestrzeni życia pod wpływem różnych czynników ulegają przemianom. Zmiany te zależne są od indywidualnych właściwości jednostki, takich jak płeć, wiek, cechy osobowości, role społeczne i stan zdrowia, a także od czynników środowiskowych. Woynarowska, za Green i Kreuter, dzieli czynniki wpływające na zachowania zdrowotne na trzy podstawowe grupy: czynniki predysponujące (wiedza, przekonania, postawy), czynniki umożliwiające (umiejętności ważne dla zdrowia, przepisy prawne, polityka zdrowotna, dostępność opieki medycznej), czynniki wzmacniające (normy obyczajowe, akceptacja lub jej brak dla pewnych zachowań w określonej grupie społecznej). Najbardziej dynamiczny okres w kształtowaniu zachowań zdrowotnych to dzieciństwo i młodość. Kształtują się one pod wpływem wzorców osobowych w domu, szkole, środowisku rówieśniczym. Bardzo duży wpływ odgrywają tu osoby znaczące dla młodego człowieka – rodzice, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, idole. Okres dorastania to dla kształtowania zachowań zdrowotnych czas krytycznych weryfikacji, utrwalają się wzorce już nabyte, inne zostają odrzucone. Pojawiają się zachowania ryzykowne, które po okresie eksperymentowania u niektórych zanikają, jednak u części utrwalają się [1, 2]. Leczenie osób z rozszczepami wargi i/lub podniebienia zaczyna się w pierwszym roku życia i może trwać aż do ukończenia 19–20 roku życia. Wpływ wady rozszczepowej na wygląd i mowę może wyzwać współistnienie u pacjenta z rozszczepem znaczących psychopatologii, objawiających się niską samooceną, nadmierną wstydlivością, zaburzonymi relacjami z rówieśnikami, większą zależnością od rodziny i tendencją do występowania zachowań ryzykownych.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny zachowań zdrowotnych młodzieży w okresie adolescencji leczonych z powodu wad rozszczepowych w obrębie twarzoczaszki.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów w wieku 16–19 lat leczonych z powodu wad wrodzonych w obrębie twarzoczaszki (rozszczep wargi i/lub podniebienia) w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju w Oddziale Chirurgii Plastycznej i Klinice Chirurgii Plastycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w 2011 i 2012 roku. Byli to pacjenci z rozszczepem jednostronnym (40%)

i obustronnym (60%). Badania zostały zrealizowane metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Do opracowania wyników liczbowych oraz graficznych wykorzystano program Microsoft Office Excel 2007. W celu scharakteryzowania badanej zbiorowości posłużono się wskaźnikami procentowymi (%). Do weryfikacji hipotez statystycznych posłużono się testem χ^2 stosowanym przy testowaniu zmiennych nieparametrycznych. Analizy hipotez badawczych dokonano na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniu ankietowym uczestniczyło 50 chłopców i 50 dziewcząt w wieku 16–19 lat. Zarówno w grupie chłopców, jak i dziewcząt przeważali pacjenci w wieku 18 i 19 lat (wykres 1).

W przeważającej części była to młodzież uczęszczająca do liceum (26% chłopców i 20% dziewcząt) i technikum (10% chłopców i 20% dziewcząt), częściej niż co dziesiąty badany to uczeń szkoły zawodowej (wykres 2).

Co trzeci badany to mieszkaniec miasta różnej wielkości, a co piąty pochodził ze wsi (wykres 3).

Ankietowana młodzież została poproszona o dokonanie oceny dochodu swojej rodziny. Dziewczyny częściej oceniały sytuację ekonomiczną swoich bliskich jako dobrą i bardzo dobrą (38%) w porównaniu z chłopcami (22%). Co czwarty respondent mówił o sytuacji ani dobrej, ani złej (16% chłopców, 10% dziewcząt), a 4% nawet o bardzo złej sytuacji socjalnej (wykres 4).

Częstość pobytów w szpitalu w ciągu roku może wpływać negatywnie na systematyczną edukację młodych ludzi i dezorganizować ich codzienne życie, w tym realizację zachowań prozdrowotnych, np. w formie codziennej aktywności fizycznej. Większość badanych deklarowała jedno i dwukrotny pobyt w szpitalu w ciągu roku (ok. 90%), jedynie co dziesiąty mówił o ich większej częstotliwości – trzech i więcej wizytach (wykres 5).

Aktywność człowieka może być związana ze zdrowiem przenikając jego codzienne życie i różne aktywności. Zachowania związane ze zdrowiem mogą być realizowane w różnych kontekstach społecznych: w domu, szkole, miejscu pracy czy szpitalu. Zachowania te mogą być korzystne lub nie dla zdrowia. Wyróżnia je więc ich funkcja względem zdrowia [3]. Młodych ludzi zapytano, które zachowania w ich opinii składają się na zdrowy styl życia? Badani najczęściej wskazywali na odpowiednią ilość snu (70% dziewcząt i 66% chłopców), sposób odżywiania (58% dziewcząt, 46%), w równym stopniu wskazano na aktywność fizyczną i brak nałogów (po ok. 40%), a najrzadziej na wykonywanie badań profilaktycznych (38% dziewcząt, 24% chłopców) (wykres 6).

Dwie trzecie chłopców oceniło swoją aktywność fizyczną na poziomie wysokim (60%) i średnim, niski i bierny tryb życia deklarowało 12% respondentów. Dziewczęta mówiły w niemal równym stopniu o wysokiej (42%) i średniej aktywności fizycznej (38%), a 12% o niskiej (wykres 7). Mężczyźni chętniej podejmowali takie aktywności, jak gra w piłkę, siłownia, jazda na rowerze, kobiety natomiast preferowały jazdę na rowerze, spacer i bieganie.

Ponad połowa badanych (56%; w tym 36% chłopców i 20% dziewcząt) deklaruje codzienną aktywność ruchową, niespełna co piąty co najmniej 1 raz w tygodniu (14% dziewcząt i 4% chłopców), a co dziesiąty 2–3 razy w tygodniu. Większą częstotliwość deklarują badani chłopcy. Zależność nie była istotna statystycznie ($p > 0,05$) (wykres 8).

Okolo 70% respondentów krytycznie ocenia swój sposób odżywiania, wyrażając opinię, że jest on nieprawidłowy, ale tylko co drugi badany (ok. 50%) chciałoby go zmienić. Jedynie 28% wyraża opinię, że jest on prawidłowy (wykres 9).

Chłopcy istotnie częściej wyrażali opinię, że spożywają 4–5 posiłków dziennie (52% vs 36%), dziewczęta natomiast częściej mówiły o jądaniu 3 i mniej niż 3 posiłków dziennie ($p < 0,05$) (wykres 10). Może być to związane z chęcią utrzymania szczupłej sylwetki i/lub utraty wagi, co jest częstym zachowaniem w wieku adolescencji wśród dziewcząt.

Oceny jakości spożywanych posiłków dokonano w oparciu o wskazanie preferowanych produktów w codziennej diecie przez badanych. Chłopcy najczęściej wybierali produkty mięsne (mięso – 60% i wędliny – 72%), mleko i jego przetwory (60%), ciasta i słodczy (44%), ale też owoce (40%), a także produkty typu fast food (34%). Znacznie rzadziej były to produkty zbożowe (30%), surowe warzywa (26%), sery (12%) czy woda mineralna (20%) (wykres 11).

Preferencje żywieniowe dziewcząt były podobne jak u chłopców: najczęściej spożywały produkty mięsne i przetwory mleczne oraz słodczy i fast food, rzadziej sięgały po produkty zbożowe, surowe warzywa, sery i ryby. Częściej niż chłopcy jadały natomiast owoce i piły wodę mineralną (wykres 12).

Zarówno ankietowani chłopcy, jak i dziewczyny mówili o zwyczaju pojadania między posiłkami; najczęściej były to słodczy (48% vs 52%) oraz chipsy (24% vs 22%) (wykres 13). Jedynie 12% respondentów nie sięga po przekąski.

Dziewczyny częściej jadały słodczy chłopcy natomiast częściej deklarowali picie alkoholu (48% chłopców vs 36% dziewcząt) (wykres 14).

Niepokojący jest fakt, że 50% młodzieży wskazuje, że pije alkohol kilka razy w tygodniu lub co najmniej raz w tygodniu (50% chłopców i 25% dziewcząt) (wykres 15).

Po papierosy natomiast częściej sięgały dziewczyny w porównaniu z badanymi chłopcami (48% vs 36%) (wykres 16).

Po inne substancje psychoaktywne (narkotyki, dopalacze) sięgało 8% młodych mężczyzn i 6% kobiet (wykres 17).

Stres jest obecny w życiu każdego człowieka. Częste pobyty w szpitalu i konieczność poddawania się bolesnym zabiegom leczniczym z powodu istniejących wad twarzoczaszki może być odbierana przez badaną młodzież jako sytuacja trudna (stresor) i powodować przykre doznania emocjonalne. 72% dziewcząt i 60% chłopców deklaruje odczuwanie stresu (wykres 18).

Młodzi ludzie wymieniają różne sposoby zmniejszania poziomu stresu, zarówno racjonalne np. słuchanie muzyki (20%), aktywność ruchowa (18%), rozmowa z bliską osobą (14%), wizyta u psychologa (6%), jak i nieracjonalne: objadanie się (20%), picie alkoholu (8%) czy palenie tytoniu (6%). Dziewczyny częściej w wyniku stresu objadają się ($p < 0,05$), rozmawiają z bliską osobą oraz oglądają TV. Chłopcy natomiast podejmują aktywność fizyczną ($p < 0,05$), słuchają muzyki, szukają porady u psychologa oraz piją alkohol ($p < 0,05$) i palą papierosy (wykres 19).

Jednym z ważnych elementów radzenia sobie ze stresem jest możliwość uzyskania wsparcia społecznego. Nie wszyscy badani mogli liczyć na pomoc i wsparcie innych osób; 40% chłopców wskazywało na możliwość uzyskania pomocy od rodziców (i tylko 20% dziewcząt), dziewczyny natomiast częściej wskazywały na wsparcie ze strony przyjaciół (34% vs 16% chłopców). Kolejną grupą wsparcia dla młodych pacjentów był personel medyczny (ok 20%), tylko co dziesiąty nastolatek mógł liczyć na pomoc nauczycieli (wykres 20).

Badaną młodzież zapytano także o samoocenę własnego zdrowia i zadowolenia ze swojego wyglądu. Większość badanych stan swojego zdrowia oceniła jako dobry (28% chłopców i 30% dziewcząt) i bardzo dobry (16% chłopców i 14% dziewcząt) (wykres 21). Większe zróżnicowanie opinii zaobserwowano w samoakceptacji swojego wyglądu. Chłopcy w podobnym odsetku mówili zarówno o pełnej akceptacji (48%), jak i o jej braku (48%), dziewczęta natomiast były bardziej krytyczne wobec siebie: 40% twierdziło, że akceptuje swój wygląd, ale aż 56% wyrażało brak zadowolenia. Zależność ta była istotna statystycznie ($p < 0,05$) (wykres 22).

W ślad za brakiem akceptacji idzie chęć dokonania zmiany w swoim wyglądzie. Taką opinię wyrażało 50% chłopców i 60% dziewcząt (wykres 23).

Aby móc skutecznie realizować prozdrowotny styl życia należy mieć na ten temat, m.in. określony poziom wiedzy. Adolescentów zapytano, co jest dla nich źródłem wiedzy na temat zdrowia i dbałości o zdrowie. Młodzież wskazywała w przeważającej części na personel medyczny (58%), co zważywszy na ich częste pobyty w szpitalu jest uzasadnione, w dalszej kolejności na rodzinę (11%), prasę i Internet (po 8%) oraz książki i telewizję (po 6%) (wykres 24).

Omówienie wyników

Ze względu na specyficzną grupę badanych, którą stanowiła młodzież w okresie adolescencji przebywająca w Klinice Chirurgii Plastycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na leczeniu z powodu wrodzonych wad twarzoczaszki, trudno uzyskane wyniki odnieść do badań innych badaczy. Autorzy jednak taką próbę podjęli. Analiza danych z badań ankietowych wskazuje, że większość ankietowanych bez względu na płeć ocenia stan swojego zdrowia jako dobry (61%) i bardzo dobry (29%). Tylko (2%) ankietowanych określiła swój stan zdrowia jako zły. Podobne wyniki uzyskano w badaniach CBOS [4], gdzie 57% Polaków ocenia swoje zdrowie jako dobre. Samoocena stanu zdrowia nie była spójna z samooceną własnego wyglądu. Około 2/3 respondentów (istotnie częściej dziewczęta) deklaroowało niezadowolenie ze swojego wyglądu i chciałaby dokonać tu określonych korekt. Uzyskane wyniki są zgodne z rezultatami badań Mandel (Mandal 2004) z których wynika, że kobiety zwykle są mniej zadowolone z obrazu swojego ciała niż mężczyźni; częściej dotyczyło to młodych kobiet [5]. Badania Woynarowskiej i wsp. również wskazują, że dorastająca młodzież często deklaruje niezadowolenie z własnego wyglądu, sylwetki i budowy ciała. Wśród 15-latków 54% chłopców i 78% dziewcząt chciałoby coś zmienić w swoim wyglądzie [6]. W dalszej części pracy dokonano analizy wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów. Badana młodzież została poproszona o dokonanie samooceny aktywności fizycznej w czasie wolnym, sposobu odżywiania się oraz stresu i stosowania używek. Respondenci określają swoją aktywność fizyczną jako dobrą (60% chłopców i 42% dziewcząt). Nieco wyższe wskaźniki aktywności fizycznej uzyskano w badaniach CBOS i tu także wskazywano na większą aktywność mężczyzn [7]. Analiza wybranych elementów zachowań żywieniowych badanych wskazuje na szereg nieprawidłowości w tym zakresie. Około 70% respondentów krytycznie ocenia swój sposób odżywiania, wyrażając opinię, że jest on nieprawidłowy, ale tylko co drugi badany (ok. 50%) chciałby go zmienić. Chłopcy istotnie częściej wyrażali opinię, że spożywają 4–5 posiłków dziennie (52% vs 36%), dziewczęta natomiast częściej mówiły o jądaniu 3 i mniej niż 3 posiłków dziennie. Aż 40% ogółu badanej młodzieży spożywa mniej niż 3 posiłki dziennie. Z badań innych autorów wynika, że znaczny odsetek młodzieży (12–14%), choć mniejszy niż uzyskany w badaniach własnych, spożywa niewystarczającą liczbę posiłków w ciągu dnia. Wielu autorów wiąże to ze złą sytuacją materialną rodzin [8], tu jednak na złą sytuację socjalną wskazywało tylko 4% respondentów. Oceny jakości spożywanych posiłków dokonano w oparciu o wskazanie preferowanych produktów w codziennej diecie przez badanych. Chłopcy najczęściej wybierali produkty mięsne (mięso 60% i wędliny 72%), mleko i jego przetwory (60%), ciasta i słodczy (44%), ale też owoce (40%), a także produkty typu fast food (34%). Znacznie rzadziej były to

produkty zbożowe (30%), surowe warzywa (26%), sery (12%) czy woda mineralna (20%). Preferencje żywieniowe dziewcząt były podobne, jak u chłopców: najczęściej spożywały produkty mięsne i przetwory mleczne oraz słodczyce i fast food, rzadziej sięgały po produkty zbożowe, surowe warzywa, sery i ryby. Częściej niż chłopcy jadały natomiast owoce i piły wodę mineralną. Badania wskazują, że Polacy jedzą wciąż za mało owoców i warzyw, a co gorsza, spada spożycie owoców, co jest widoczne także wśród młodzieży. Pod względem ilości dostępnych warzyw i owoców przypadających na jednego mieszkańca, Polska zajmuje przedostatnią pozycję wśród krajów unijnych [9]. Zarówno ankietowani chłopcy, jak i dziewczęta mówili o zwyczaju pojadania między posiłkami; najczęściej były to słodczyce (48% vs 52%) oraz chipsy (24% vs 22%). Sikora i wsp.(2007) wskazywali na nieco większy odsetek (85%) młodzieży sięgającej po przekąski, były to głównie słodczyce, owoce i chipsy [10]. 48% chłopców i 36% dziewcząt deklaroowało picie alkoholu. Niepokojący jest fakt, że 50% młodzieży wskazuje, iż piło alkohol kilka razy w tygodniu lub co najmniej raz w tygodniu (50% chłopców i 25% dziewcząt). Jak podają statystyki, w naszym kraju, do spożywania alkoholu przyznaje się około 25% uczniów drugiej klasy gimnazjum. Wśród licealistów sytuacja jest również alarmująca: aż 50% młodych ludzi nie zaprzecza, że miało kontakt z alkoholem w ciągu ostatnich miesięcy przed badaniem ankietowym [11]. Do palenia papierosów przyznało się 48% dziewcząt i 36% chłopców. Długofalowe badania młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w Polsce, realizowane od 1990 roku przez CBOS pod nazwą „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008” wskazują, że obecnie regularne palenie deklaruje 22,0% respondentów i jest to najmniejszy odsetek ze wszystkich do tej pory odnotowanych [12]. Woynarowska i Mazur wskazują na zacieranie się z wiekiem różnic w paleniu tytoniu ze względu na płeć [13]. Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2009 roku, na temat substancji psychoaktywnych zażywanych przez młodzież wynika, że liczba uczniów zażywających narkotyki i palących papierosy spada. Natomiast picie alkoholu pozostaje na takim samym poziomie od roku 2003 i dotyczy około 75% badanych. Papierosy paliło 38% uczniów, a narkotyki zażywało 15%. Nasze badania wskazują, że po substancje psychoaktywne (narkotyki, dopalacze) sięgało 8% młodych mężczyzn i 6% kobiet [14]. 72% dziewcząt i 60% chłopców deklaruje odczuwanie stresu. Młodzi ludzie wymieniają różne sposoby zmniejszania poziomu stresu, zarówno racjonalne, np. słuchanie muzyki (20%), aktywność ruchowa (18%), rozmowa z bliską osobą (14%), wizyta u psychologa (6%), jak i nieracjonalne: objadanie się (20%), picie alkoholu (8%) czy palenie tytoniu (6%). Dziewczyny istotnie częściej w wyniku stresu objadają się ($p < 0,05$), rozmawiają z bliską osobą oraz oglądają TV. Chłopcy natomiast podejmują aktywność fizyczną ($p < 0,05$), słuchają muzyki, szukają porady u psychologa oraz piją alkohol i palą papierosy. Badania nad zwalczaniem stresu psychologicznego wśród młodzieży akademickiej, a więc w nieco starszym wieku wykazały, że

2/3 studentek i 3/4 studentów stosuje efektywne strategie zaradcze, często jednak obserwowano metody unikowe, spośród których kobiety najczęściej deklarowały nadmierne spożywanie pokarmów (15,3%), a mężczyźni sięgali po napoje alkoholowe (8,3%) [15]. Badania higieny psychicznej młodzieży rozpoczynającej studia w krakowskiej AWF wykazały, że kobiety częściej stosowały metody unikowe, tj. używanie środków uspokajających, nałogowe oglądanie TV ($p < 0,01$) oraz nadmierne objadanie się ($p < 0,001$) [16]. Jednym z ważnych elementów radzenia sobie ze stresem jest możliwość uzyskania wsparcia społecznego, szczególnie ze strony osób bliskich. Nie wszyscy badani mogli liczyć na pomoc i wsparcie innych osób; 40% chłopców wskazywało na możliwość uzyskania pomocy od rodziców (tylko 20% dziewcząt), dziewczyny natomiast częściej wskazywały na wsparcie ze strony przyjaciół (34% vs 16% chłopców). Kolejną grupą wsparcia dla młodych pacjentów był personel medyczny (ok. 20%), tylko co dziesiąty nastolatek mógł liczyć na pomoc nauczycieli. Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że ankietowani młodzi ludzie (71%) spotkali się także z brakiem akceptacji ze strony rówieśników i innych osób ze względu na swój wygląd. Nie sprzyja to samoakceptacji i prawidłowemu rozwojowi osobowości. Zapewnienie właściwej opieki psychologicznej i pedagogicznej nie tylko pacjentowi, ale również jego rodzinie jest konieczne już od chwili urodzenia dziecka z wadą rozszczepową. Trudności w nauce, izolacja w środowisku, zwłaszcza w okresie dojrzewania, zaburzenia emocjonalne związane z „gorszym wyglądem”, wcześniej dostrzeżone mogą zapobiec niepożądanym patologiom społecznym [17, 18, 19, 20].

Ważną rzeczą wydaje się monitorowanie stanu zdrowia psychicznego młodzieży przez personel medyczny, darzony dużym zaufaniem, w celu kształtowania umiejętności efektywnego radzenia sobie ze stresem i kształtowania pożądanych zachowań zdrowotnych.

Podsumowanie

1. Badana młodzież w większości (88%) ocenia swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry, potrafi także prawidłowo wskazać elementy stylu życia wpływające pozytywnie na zdrowie. Obserwuje się jednak, szczególnie wśród dziewcząt, problemy z akceptacją swojego wyglądu.
2. Źródłem wiedzy o zdrowiu najczęściej był personel medyczny, z którym młodzież ma częsty kontakt podczas kolejnych pobytów w szpitalu. Znacznie rzadziej byli to członkowie rodziny i media.
3. Zachowania zdrowotne badanych budzą jednak niepokój: młodzież często przejawia nieprawidłowe nawyki żywieniowe (nadmiar produktów pochodzenia zwierzęcego i słodczy, niskie spożycie warzyw i produktów zbożowych oraz

wody), sięga po alkohol, papierosy, czasami nawet narkotyki (8% chłopców, 6% dziewcząt), podlega stresom i nie potrafi radzić sobie z nim w racjonalny sposób (przejadanie się, alkohol, papierosy) oraz nie uzyskuje wsparcia ze strony osób dorosłych w wystarczającym stopniu.

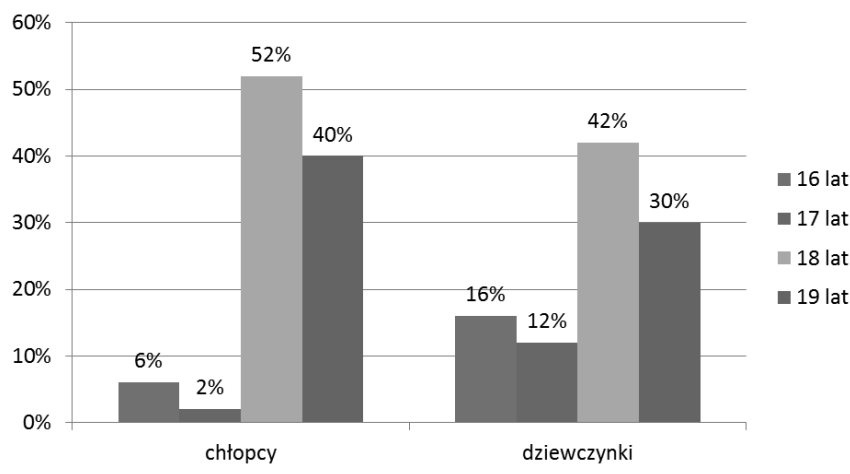
4. Jedynie aktywność fizyczną wśród większości badanych (ok. 2/3) można uznać za wystarczającą; młodzież uprawiała ćwiczenia fizyczne codziennie lub kilka razy w tygodniu.
5. Połowa badanych dziewcząt (56%) i chłopców (48%) nie akceptuje swojego wyglądu i chciałoby coś w nim zmienić, co może obniżać poczucie własnej wartości i prowadzić do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia zwłaszcza, że młodzież wskazywała często na brak wsparcia ze strony osób dorosłych.

Bibliografia

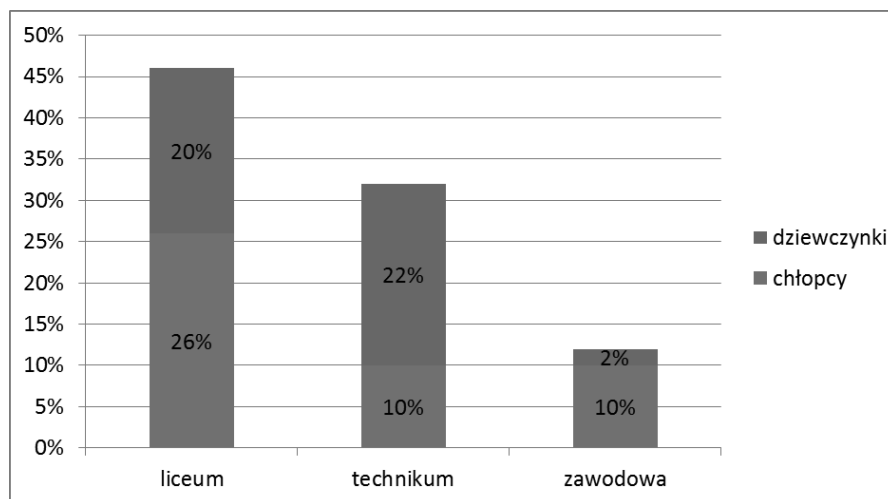
1. Woynarowska B, Edukacja zdrowotna. PWN, Warszawa 2007.
2. Rokitiańska M, Rola edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w kształtowaniu przekonań, zachowań i postaw prozdrowotnych społeczeństwa, *Zdrowie Publiczne*, 2002, 112, Supl. 1, 13–15.
3. Heszen I, Sęk H, Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
4. CBOS, Polacy o Swoim Zdrowiu oraz Prozdrowotnych Zachowaniach i Aktywnościach, Warszawa, sierpień 2012, www.cbos.pl.
5. Mandal E, Ciało jako proces – ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich. *Czas. Psychol.* 2004, 10, 1, 35–47.
6. Woynarowska B, Mazur J, Samoocena zdrowia i obraz własnego ciała u młodzieży szkolnej w Polsce. *Ped Pol* 2000, 75 (1), 25–34.
7. Lewandowska J, Raport CBOS – komunikat z badań: Co Polacy robią w czasie wolnym? – sierpień 2006, www.cbos.pl.
8. Szczepaniak B, Flaczyk E, Górecka D, Częstotliwość spożycia wybranych produktów w zależności od sytuacji materialnej młodzieży *Żyw. Człow. Metab.* 2002, 29 Supl., 137–142.
9. www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1609038,1,zdrowie-polakow,index.html; [dostęp 16.07.2014].
10. Sikora E, Leszczyńska T, Szymański P, Share of fast food products of dietary behaviour of young people. *Pol.J.Nutr.Sci* 2007, 34, 1/2, 620–628.
11. Mamcarz A, Podolec P, Kopeć G, Alkohol a choroby układu sercowo-naczyniowego *Forum Profilaktyki*, 1 (2) styczeń 2006, 1–8, www.pfp.edu.pl.
12. Kolbowska A, Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną. *Serwis Informacyjny Narkomania* 2009, 1 (45), 33–41.
13. Woynarowska B, Mazur J, Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce: wyniki badań HBSC 2002. *Zdrowie Publiczne* 2004, 114 (2), 159–167.

14. Centrum Badania Opinii Społecznej: Młodzież a substancje psychoaktywne, Warszawa, styczeń 2009.
15. Gacek M, Zwalczenie stresu psychologicznego przez studentów wychowania fizycznego i medycyny oraz słuchaczy kierunków technicznych. *Kultura Fizyczna* 2004, 5–6, 17–18.
16. Gacek M, Niektóre aspekty higieny zdrowia psychicznego studentów I roku AWF w Krakowie. *Kultura Fizyczna* 2002, 7–8, 14–15.
17. Bardach J, Morris H, Olin W, McDermott-Murray J, Mooney M, Bardach E, Late results of multidisciplinary managements of unilateral cleft lip and palate. *Ann. Plast. Surg.* 1984, 12, 235–242.
18. Timoney N, Smith G, Pigott RW, A 20 year audit of nose-tip symmetry in patients with unilateral cleft lip and palate. *Br. J. Plast. Surg.* 2001, 54, 294–298.
19. Broder H, Richman LC, Matheson PB, Learning disability, school achievement and grade retention among children with cleft: a two-center study. *Cleft Palate Craniofac. J.* 1998, 35, 127–131.
20. Turner SR, Thomas PWN, Dowell T, Rumsey N, Sandy JR, Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *Br. J. Plast. Surg.* 1997, 50, 1–9.

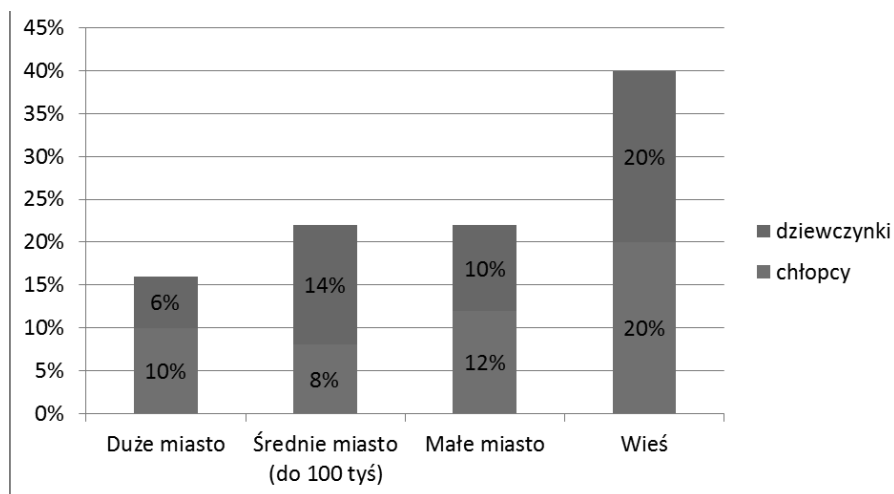
Material poglądowy



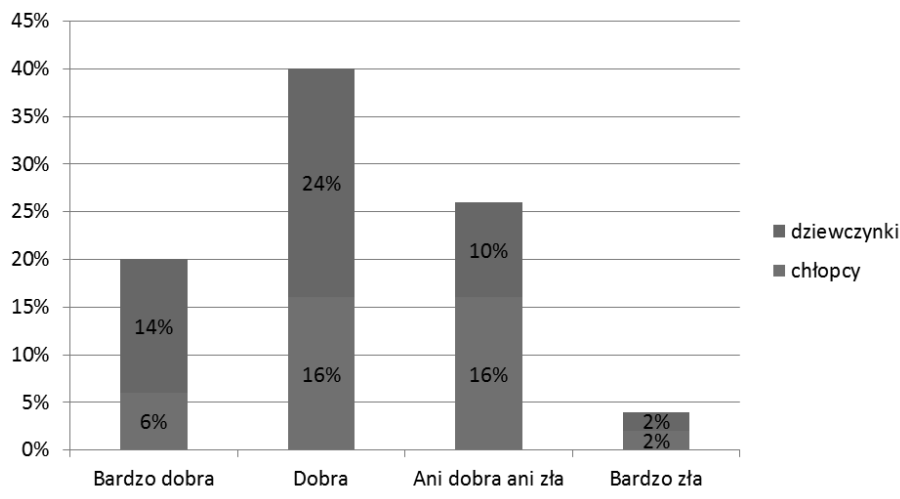
Wykres 1. Wiek badanych wg płci (% liczony do danej grupy)



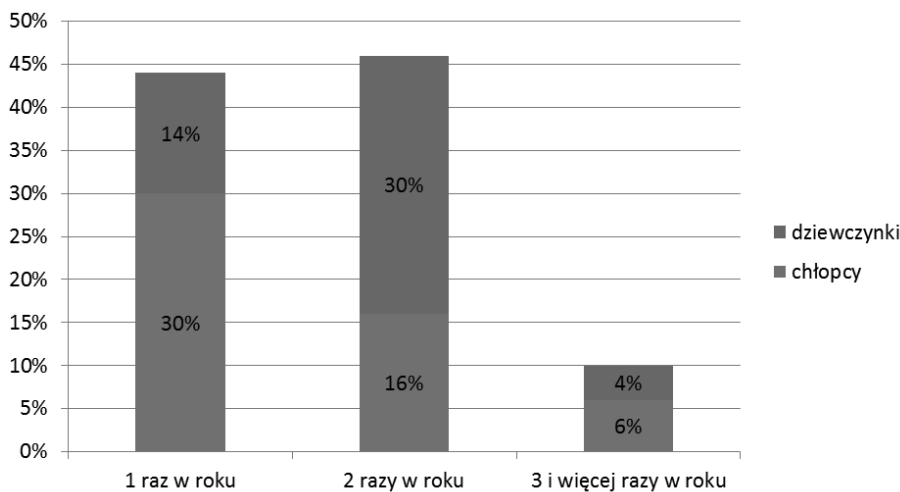
Wykres 2. Rodzaj szkoły, do której uczęszczali badani z uwzględnieniem płci



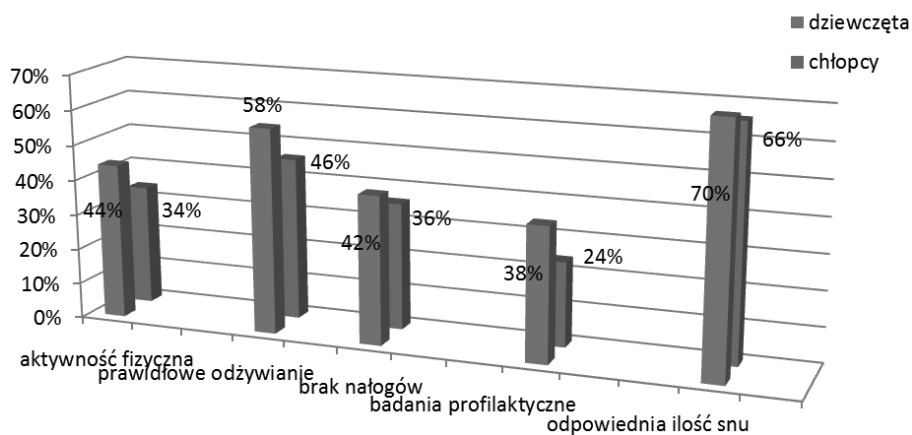
Wykres 3. Miejsce zamieszkania badanych



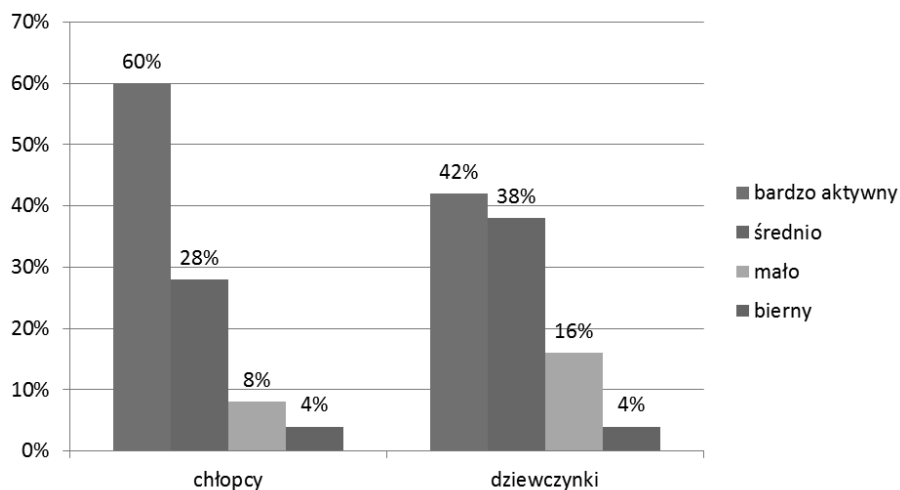
Wykres 4. Sytuacja materialna rodzin badanych



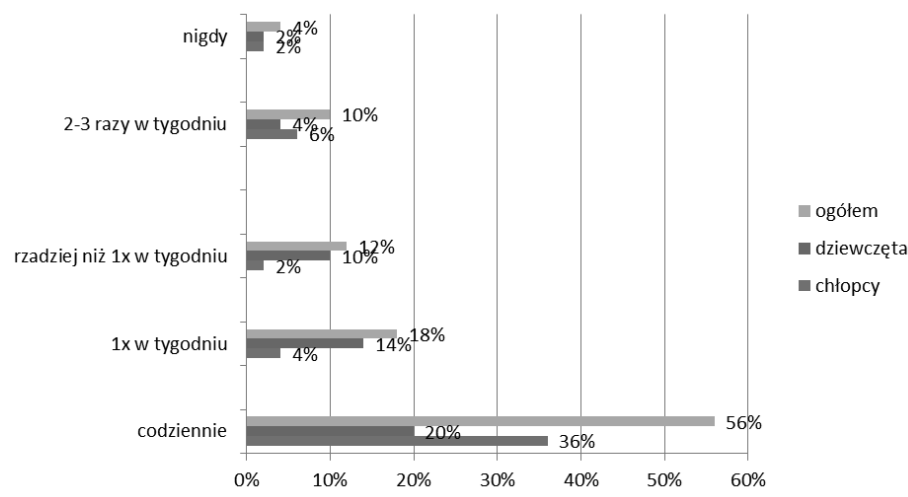
Wykres 5. Częstość pobytów w szpitalu w ciągu roku



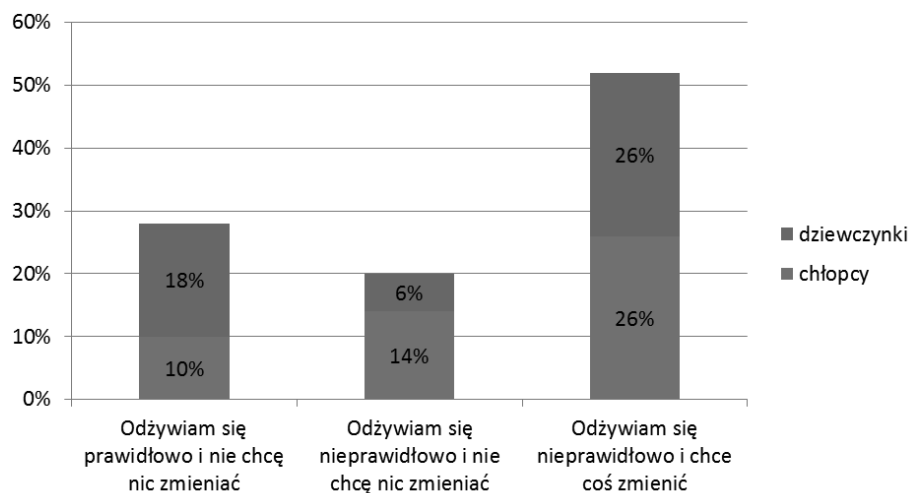
Wykres 6. Elementy składające się na zdrowy styl



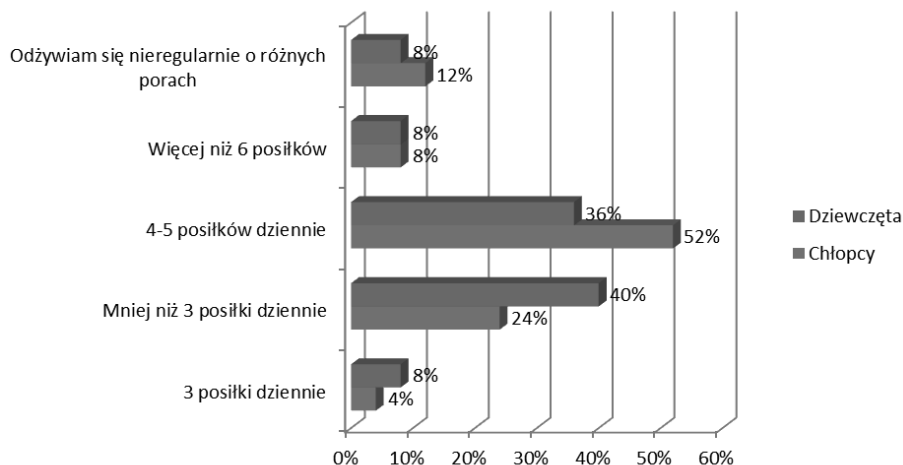
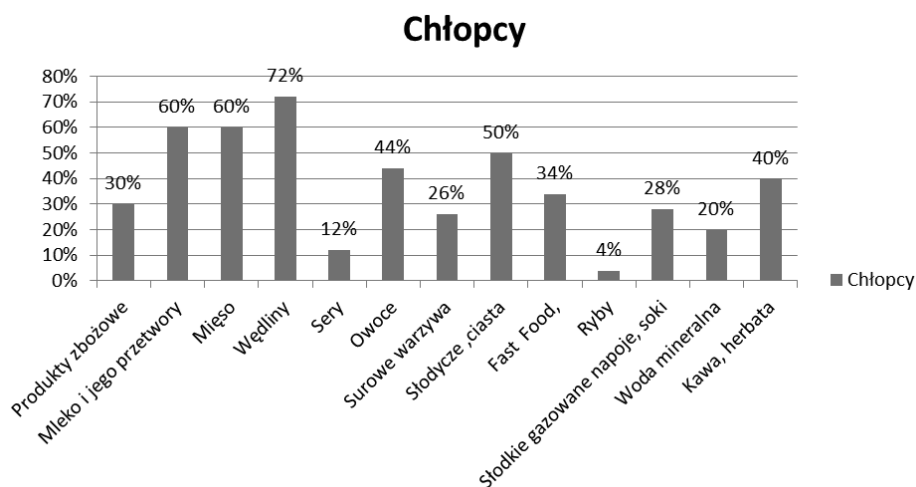
Wykres 7. Samoocena poziomu aktywności fizycznej



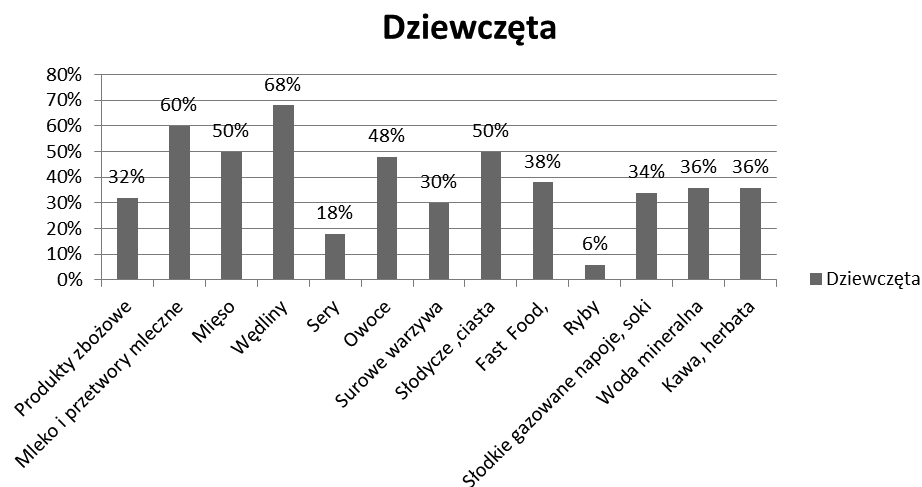
Wykres 8. Częstotliwość podejmowania aktywności fizycznej (% liczony do ogółu)



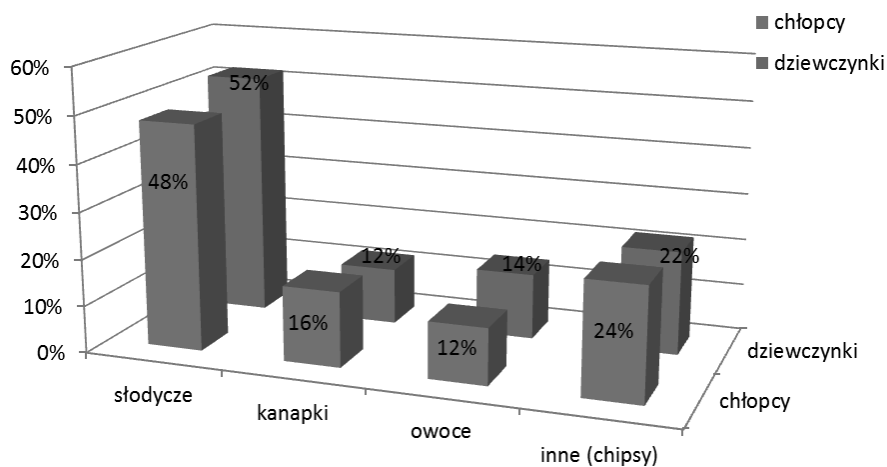
Wykres 9. Samoocena nawyków żywieniowych

Wykres 10. Liczba spożywanych posiłków wg płci ($p = 0,00001$)

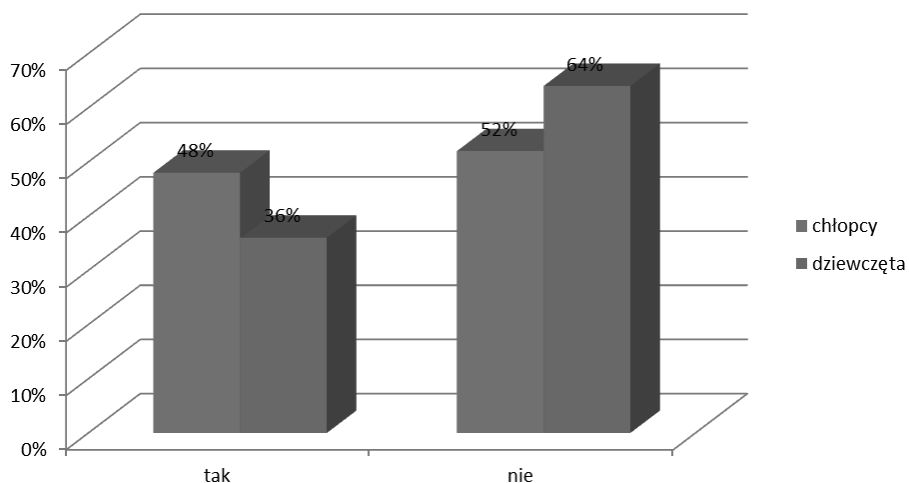
Wykres 11. Codzienne spożycie wybranych produktów spożywczych wśród chłopców



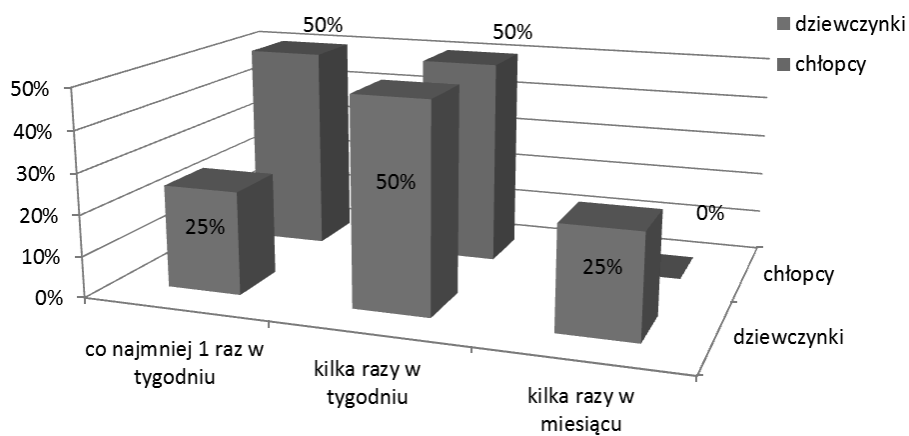
Wykres 12. Codzienne spożycie wybranych produktów spożywczych wśród dziewcząt



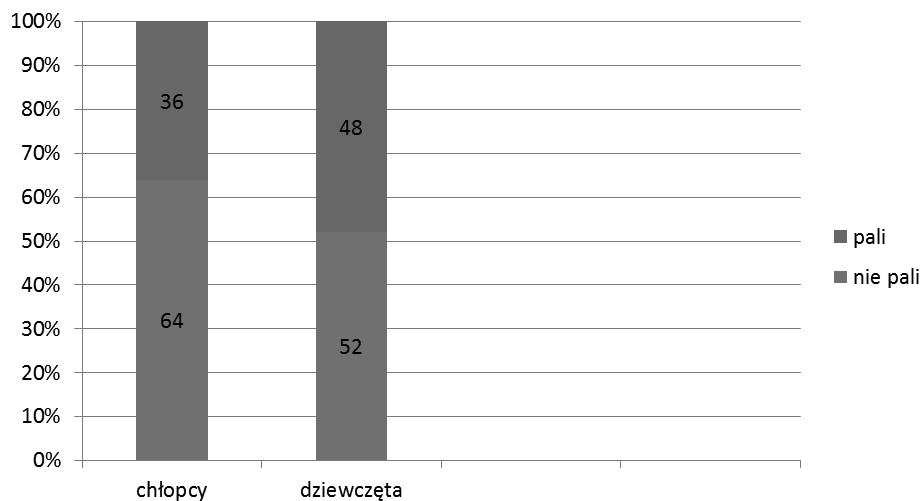
Wykres 13. Rodzaj przekąsek spożywanych przez badaną młodzież



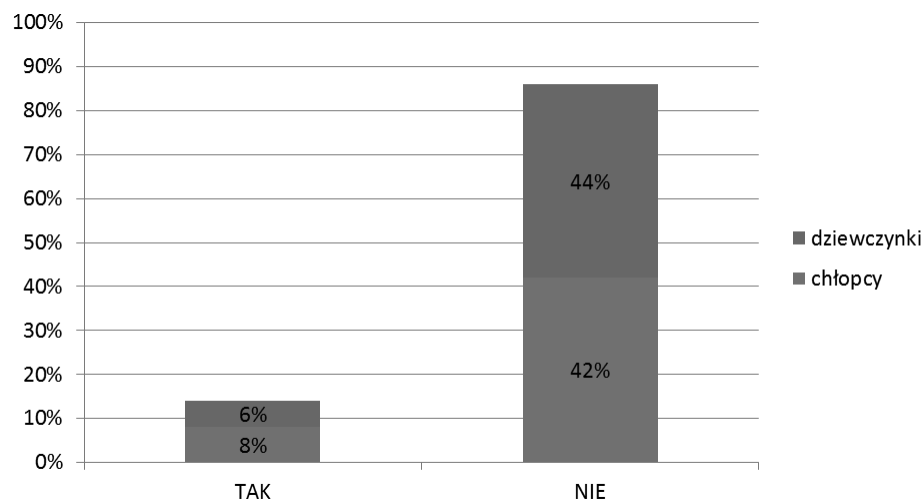
Wykres 14. Spożywanie alkoholu w zależności od płci badanych



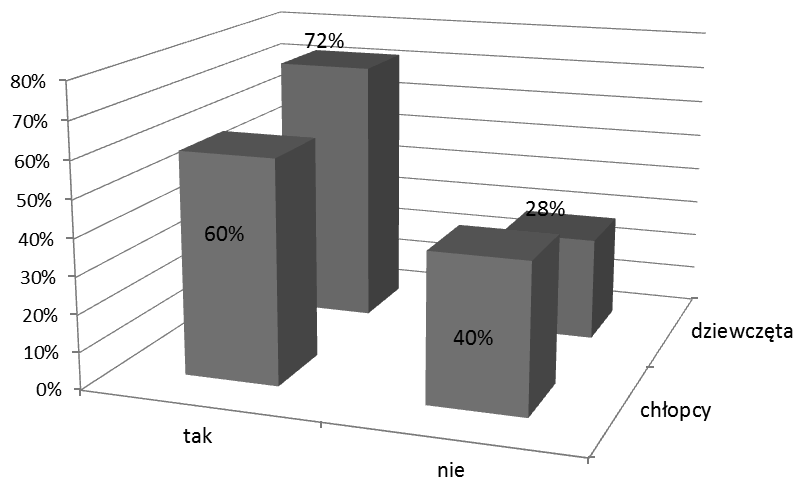
Wykres 15. Częstość spożywania alkoholu wśród badanych w zależności od płci



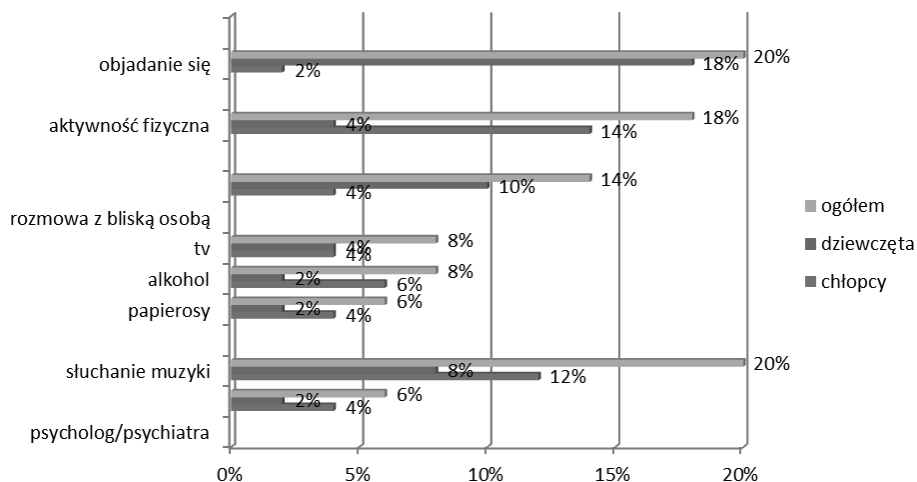
Wykres 16. Palenie tytoniu w zależności od płci badanych



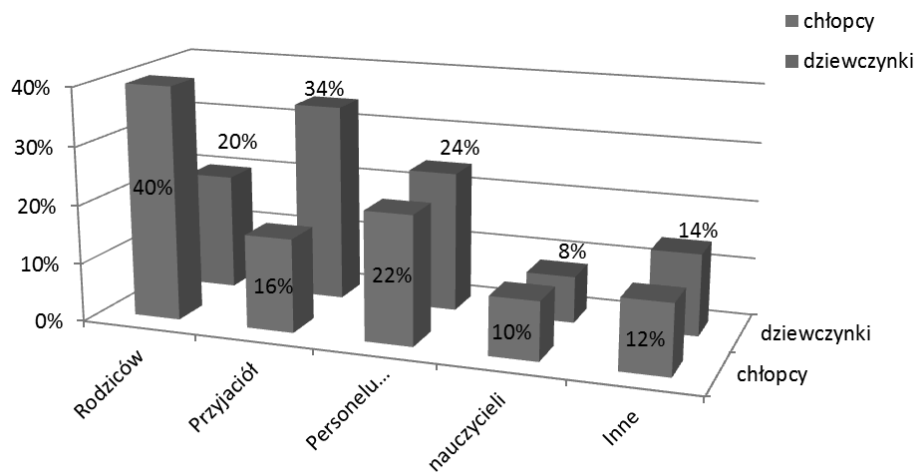
Wykres 17. Zazywanie substancji psychoaktywnych (narkotyków/ dopalaczy) wg płci



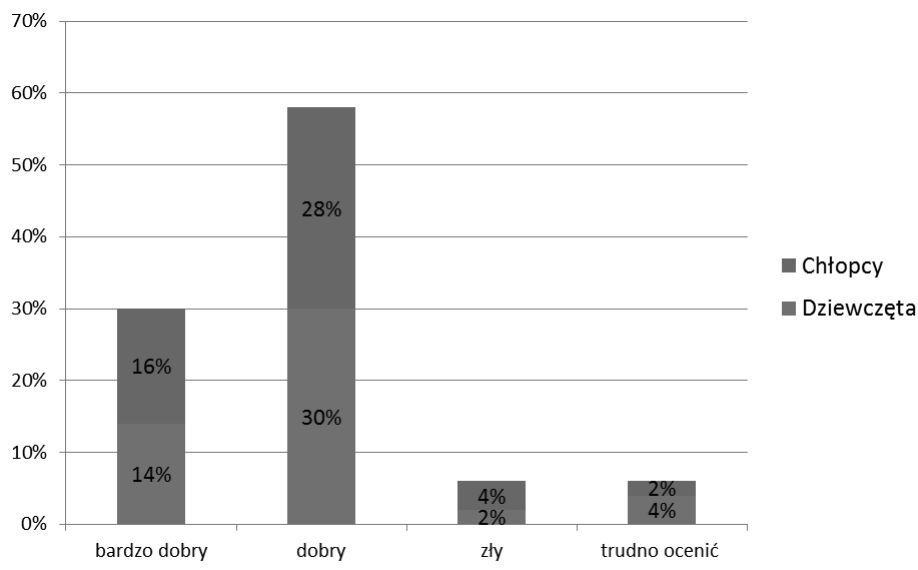
Wykres 18. Obecność stresu w opinii badanej młodzieży wg płci



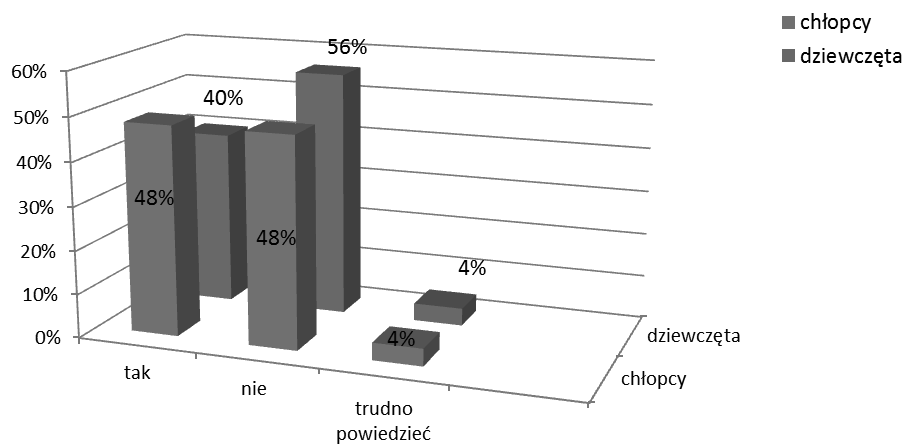
Wykres 19. Sposoby rozładowywania napięć i stresu (% liczony do ogółu)



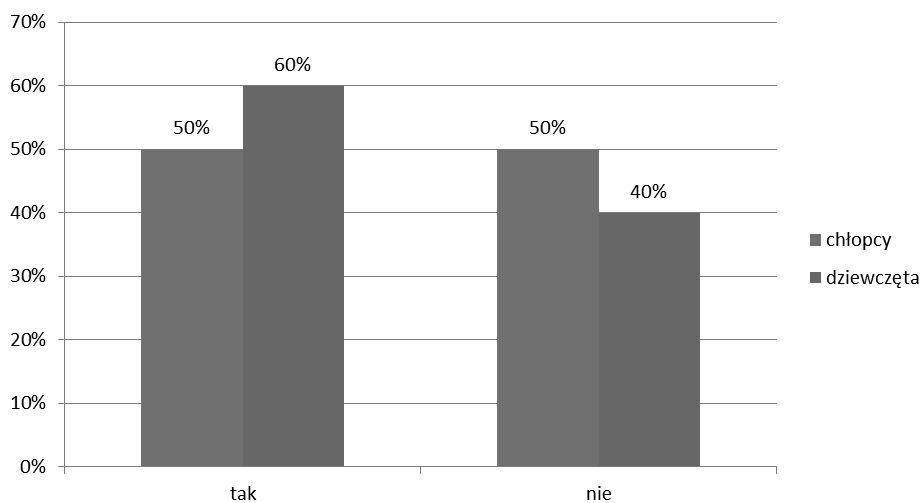
Wykres 20. Możliwość uzyskania pomocy i wsparcia w sytuacjach trudnych wg płci badanych



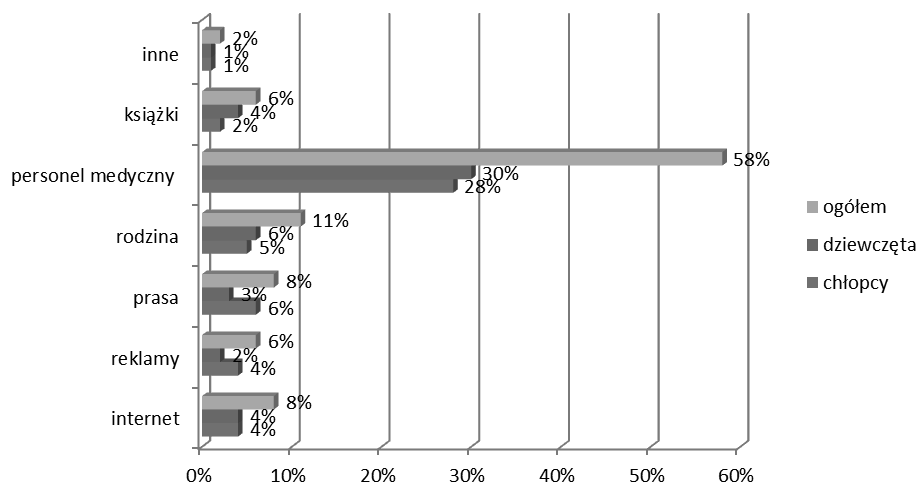
Wykres 21. Samoocena stanu zdrowia badanej młodzieży



Wykres 22. Samoocena zadowolenia ze swojego wyglądu



Wykres 23. Chęć zmiany czegoś w swoim wyglądzie



Wykres 24. Źródła wiedzy dotyczące zdrowia i zdrowego trybu życia (% liczony do ogółu)

Lena Serafin¹, Ewa Kądalska², Anna Doboszyńska³

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu

² Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu

³ Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Klinika Pulmonologii

Analiza czynników warunkujących satysfakcję z pracy zawodowej pielęgniarek jako ważnego aspektu przeciwdziałania niedoborowi pielęgniarek w Europie

Analysis of factors which qualify nurses' job satisfaction as an important aspect of prevention of nurses shortage in Europe
Abstract

Job satisfaction is defined as positive and negative feelings and attitudes towards job. The level of job satisfaction has an influence on nurses' decision whether to leave or not their profession. Common factors which contribute to quitting the job are also burnout and high level of job stress. The aim of this study was presentation of factors which have an influence on job satisfaction amongst European nurses, as being an important aspect of counteraction to nurses shortage. To conduct this study, authors had performed a literature overview of two databases: CINAHL and Medline. The results included 12 studies. The problem of nurses shortage appeared in many countries and had an influence on health care systems. This study presents job satisfaction factors which are indicated by European nurses from the following countries: Netherlands, Sweden, Belgium, Spain, Finland, Italy and Poland. Analysis of the European studies revealed that job satisfaction is influenced by: personality dimension, structural empowerment, opportunity to learn and grow, creating a better work/practice environment for health care personnel, salary, the demands of nursing work and relationship with coworkers and manager. Regarding to forecast of decreasing number of nurses in the upcoming years it is important to indicate the reasons of the decrease of job satisfaction as a main factor, which causes European nurses to quit their job. This knowledge might be valuable in creating a satisfactory work environment.

Key words: job satisfaction, nurses, nurses shortage

Wprowadzenie

Satysfakcja z wykonywanej pracy jest definiowana jako pozytywne i negatywne uczucia oraz postawy wobec pracy (Spector 1997). Jedną z pierwszych definicji satysfakcji z pracy jest definicja Locka (1969): „Przyjemny lub pozytywny stan emocjonalny wynikający z oceny przez daną osobę własnej pracy czy doświadczeń

zawodowych”. Badacz ten opisuje satysfakcję z pracy jako funkcję postrzeganego związku pomiędzy oczekiwaniami wobec pracy, a tym, co dana osoba otrzymuje, jak wygląda jej praca. Wpływają na to różnorodne czynniki związane z pracą, poczynając od sposobu pokonywania drogi do pracy do poczucia spełnienia przy realizowaniu codziennych obowiązków zawodowych. Ponadto wpływ na satysfakcję z pracy mogą mieć czynniki indywidualne, takie jak: wiek, stan zdrowia, status społeczny, sytuacja rodzinna. Badania prowadzone w tym zakresie dowodzą, że ludzie, którzy odczuwają satysfakcję z pracy zawodowej, są także bardziej zadowoleni z innych obszarów życia, m.in. z życia rodzinnego [1, 2]. W ostatnich latach tematyka związana z satysfakcją z wykonywanej pracy jest coraz częściej poruszana przez badaczy. Najczęściej ocenia się ją na dwóch poziomach, jako ocenę ogólną oraz ocenę poszczególnych jej aspektów. Zadowolenie z pracy ocenia się między innymi pod względem kategorii, takich jak: charakter i organizacja pracy, wynagrodzenie, przełożeni i współpracownicy [2]. Pracownicy mogą być zadowoleni z niektórych obszarów, przy jednoczesnym niezadowoleniu z innych. Nie zmienia to jednak ogólnego zadowolenia z życia zawodowego. Dotychczas opracowano wiele narzędzi, które umożliwiają ocenienie satysfakcji z pracy. Są nimi m.in. Kwestionariusz Opisu Pracy (Job Description Index – JDI), Minesocki Kwestionariusz Satysfakcji (MSQ) oraz JSS (Job Satisfaction Survey) [1].

Badania prowadzone wśród przedstawicieli równych zawodów dowodzą, że na satysfakcję z wykonywanej pracy wpływają przede wszystkim cechy pracy i jej otoczenia. Często wyniki wskazują na to, że przez reorganizację środowiska pracy oraz kadry kierowniczej można zwiększać satysfakcję, a jednocześnie także wydajność pracy. Istnieje także wiele właściwości indywidualnych, które mogą wpływać na satysfakcję z pracy. Należą do nich wiek, płeć, umiejętność wykorzystania w pracy swych kompetencji oraz dotychczasowych doświadczeń zawodowych. Liczne badania dowodzą, że starsi pracownicy odczuwają większą satysfakcję z pracy niż osoby młode. Mają oni zwiększone możliwości, samorealizacji oraz samospełnienia, co wynika w dużej mierze z dłuższego doświadczenia, wzrostu samooceny i kompetencji zawodowych [1].

Gurkova i wsp. w badaniu przeprowadzonym w roku 2013 wśród czeskich i słowackich pielęgniarek udowodniła, że satysfakcja z wykonywanej pracy jest ważnym czynnikiem determinującym pozostawanie pielęgniarek przy wykonywanej profesji [3]. Do podobnych wniosków doszli także badacze Irvin i Evans w 1995 roku. Stwierdzili wówczas, że poczucie autonomii zawodowej ma istotny wpływ na satysfakcję pielęgniarek z wykonywanej pracy oraz niższy poziom stresu i odchodzenie od wykonywania zawodu [4]. Ponadto w 2001 roku Maslach i wsp. wykazali, że do czynników wpływających na odchodzenie od wykonywania zawodu pielęgniarski należą także wzrastający poziom stresu w pracy oraz wypalenie zawodowe [5].

Wskazywanie czynników wpływających na odchodzenie bądź pozostawanie w zawodzie jest głównym celem wielu obecnie prowadzonych badań. Zagadnienie jest istotne, wiele bowiem analiz statystycznych dotyczących grupy zawodowej pielęgniarek wskazuje na dramatycznie zmniejszającą się liczbę przedstawicieli tego zawodu, nie tylko w Polsce, ale także w większości krajów europejskich.

Według danych prezentowanych przez Instytut Badań nad Zdrowiem Publicznym i Opieką Pielęgniarską Uniwersytetu w Bremie, do 2030 roku w Europie będzie brakowało ok. 500 tys. pielęgniarek i pielęgniarzy [6]. Zwiększający się niedobór kadry pielęgniarskiej jest spowodowany zarówno przedwczesnym odchodzeniem od wykonywanego zawodu, jak i brakiem zainteresowania kierunkiem kształcenia pielęgniarstwa wśród absolwentów szkół średnich. Średnia wieku pielęgniarek wskazuje na brak równowagi wiekowej w tej grupie zawodowej. Dla przykładu, średnia wieku polskich pielęgniarek wynosi 44,24 lata, przy czym pielęgniarki w przedziałach wiekowych 21–35 lat, stanowią jedynie 15,52% [7]. Uwidacznia to w pewnym stopniu przyczynę problemu, jakim jest zwiększający się niedobór pielęgniarek.

Istotnym działaniem podejmowanym w celu zmiany niepomyślnych prognoz powinno być analizowanie i wzmacnianie czynników determinujących zadowolenie z pracy. Ponadto ważne jest identyfikowanie obszarów wymagających zmian. Autorzy pracy dokonali przeglądu literatury w zakresie oceny satysfakcji z wykonywanej pracy wśród pielęgniarek jako czynnika warunkującego przeciwdziałanie niedoborowi pielęgniarek w Europie.

Cel pracy

Prezentacja czynników warunkujących satysfakcję z wykonywanej pracy wśród europejskich pielęgniarek, jako ważnego aspektu przeciwdziałania niedoborowi pielęgniarek w nadchodzących latach.

Metoda

W celu analizy tematu pracy dokonano przeglądu literatury w dwóch bazach: CINAHL oraz Medline. Wyszukiwanie zawężono do artykułów z czasopism naukowych zawierających abstrakty w bazach, które zostały opublikowane w języku angielskim w latach 2003–2013. Łącznie do przeprowadzenia analizy wykorzystano 12 publikacji prezentujących wyniki badań przeprowadzonych m.in. w Holandii, Szwecji, Belgii, Hiszpanii, Finlandii oraz we Włoszech. Ponadto dokonano przeglądu polskich publikacji oraz analiz statystycznych w celu prezentacji zagadnień dotyczących satysfakcji z pracy zawodowej oraz niedoboru pielęgniarek w Polsce.

Omówienie

Zarówno niedobór pielęgniarek, jak i dobrowolne odchodzenie od pracy w zawodzie miały w ostatnich latach wpływ na funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia na całym świecie [8, 9]. W związku z tym, tematyka zmniejszającej się liczby pielęgniarek oraz czynników wpływających na ten proces jest często poruszana przez badaczy na całym świecie.

W Holandii na 1000 mieszkańców przypada średnio 8,4 pielęgniarek [10]. Według analizy przeprowadzonej podczas Next-Study, 16% holenderskich pielęgniarek deklaruje chęć odejścia od wykonywanej profesji [10]. W badaniu Meeusen i wsp. przeprowadzonym w 2007 roku wśród pielęgniarek anestezjologicznych wykazano korelację pomiędzy cechami osobowości a satysfakcją z wykonywanej pracy. Osobom, które nie mają problemu w relacjach z ludźmi, są opanowane oraz dobrze zorganizowane, łatwiej jest czerpać satysfakcję z pracy zawodowej. Poza tym nie wykazano korelacji pomiędzy wiekiem oraz płcią a satysfakcją z wykonywanej pracy [12]. W badaniu tego samego autora, dotyczącym wpływu emocji na zdarzenia wykazano, że pozytywne emocje występujące na koniec dnia pracy przyczyniają się do zwiększania satysfakcji z wykonywanej pracy [13].

Jedną z przyczyn niedoboru pielęgniarek we Włoszech okazuje się wczesny wiek emerytalny. Pielęgniarka może w tym kraju zakończyć pracę w wieku 56 lat, pod warunkiem przepracowania łącznie 35 lat [11]. Na 1000 mieszkańców przypada tam około 6,5 pielęgniarek [10]. W badaniu Lautizi i wsp. przeprowadzonym wśród włoskich pielęgniarek wykazano duży wpływ delegowania odpowiedzialności oraz posiadania decyzyjności na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy. Jednocześnie 70% badanych wyraża brak satysfakcji z wykonywanej pracy oraz chęć poszukiwania nowego zatrudnienia. Za ważny aspekt satysfakcji z pracy pielęgniarki uznały także możliwość nauki oraz rozwoju zawodowego [14].

Szwedzki system opieki zdrowotnej oraz socjalnej należy do dobrze rozwiniętych. Liczba pielęgniarek przypadająca na 1000 mieszkańców znacznie przekracza średnią europejską (7,5) i wynosi 11 [10]. Jonsson określiła czynniki wpływające na poziom satysfakcji szwedzkich pielęgniarek z pracy zawodowej. Są nimi: wymagania ilościowe i jakościowe stawiane pracownikom, klarowność stawianych wymagań oraz poczucie prawidłowo wykonanej pracy. Wyzwaniem dla menedżerów zarządzających kadrą pielęgniarską w Szwecji jest tworzenie atrakcyjnych miejsc pracy, tak, aby pielęgniarki mogły w pełni wykorzystywać swoje kompetencje zawodowe. Ponadto bardzo istotnym czynnikiem warunkującym pozytywną ocenę miejsca pracy jest wspierające środowisko, w tym przełożony, który dba o swoich podwładnych, pomaga im oraz wspiera pozytywne działania [15].

W Finlandii średnia liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców wynosi 9,6 [10]. W badaniu Finkman i wsp. wykazano, że 26% pielęgniarek poniżej 30. roku życia

często myśli o zmianie zawodu. Wynika to z niskiego poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy, wypalenia zawodowego, niskiego wynagrodzenia, zmianowego trybu pracy oraz wysokich wymagań stawianych przez przełożonych. Respondenci podają, że poza czynnikiem ekonomicznym wpływającym na satysfakcję z wykonywanej pracy, ważne jest także wsparcie przełożonego w zakresie kształcenia podyplomowego oraz możliwość podnoszenia kwalifikacji [16]. Fińskie pielęgniarki wskazują także zarobki i pracę zmianową jako czynniki obniżające poziom satysfakcji z wykonywanej pracy i zwiększające chęć odejścia od wykonywanego zawodu [17].

W Hiszpanii na 1000 mieszkańców przypada jedynie 4,9 pielęgniarek [10]. W badaniu przeprowadzonym przez Laconcepcion i Sookhoo wśród pielęgniarek operacyjnych wykazano, że czynnikiem obniżającym poziom satysfakcji z wykonywanej pracy są złe relacje ze współpracownikami (chirurgami) [18]. W badaniach hiszpańskich autorów stwierdzono także, że aby podnieść poziom satysfakcji z pracy, należy zadbać o warunki oraz organizację pracy oraz wdrażać strategię promocji zaangażowania w pracę. Ponadto należy zwracać uwagę na rozwijanie wśród personelu umiejętności związanych z radzeniem sobie ze stresem wynikającym z opieki nad pacjentami, a także rozwijanie umiejętności komunikowania [19].

Średnia liczba pielęgniarek przypadająca w Belgii na 1000 mieszkańców wynosi 15,1 [10]. W badaniu De Gieter i wsp. wykazano, że znaczącymi przyczynami odchodzenia od wykonywanego zawodu są brak satysfakcji z pracy oraz zła organizacja pracy [20].

W 2010 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało ok. 5,6 pielęgniarek [10]. Sytuacja tej grupy zawodowej wygląda podobnie, jak w innych krajach europejskich. Średnia wieku polskich pielęgniarek wynosi 44,24 lat, natomiast osoby poniżej 30. roku życia stanowią jedynie 5,61% wszystkich przedstawicieli grupy zawodowej. Obecnie ok. 23% zarejestrowanych pielęgniarek nie pracuje w zawodzie [7, 21]. W ostatnich latach, także w Polsce, temat satysfakcji pielęgniarek z wykonywanej pracy jest często poruszany przez badaczy. W badaniu Kuneckiej i wsp. z 2007 roku podano, że największy wpływ na satysfakcję z wykonywanej pracy mają relacje ze współpracownikami [22]. Polscy autorzy badań wskazywali również na atmosferę w pracy oraz niskie wynagrodzenia jako czynniki warunkujące poziom satysfakcji z wykonywanej pracy [23, 24]. Sowińska i wsp. wykazali, że zwiększenie wynagrodzenia zdecydowanie poprawiłoby stosunek pielęgniarek do pracy zawodowej. Nie wykazano natomiast, że długość stażu pracy ma wpływ na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy [24]. Warto dodać, że w badaniu Kliszcz i wsp. wykazano, że praca zawodowa jest dla respondentek źródłem większego zadowolenia niż życie rodzinne [25]. W publikacji z 2010 roku dotyczącej „Satysfakcji pracownika a jakości usług medycznych” stwierdzono, że na zadowolenie z wykonywanej pracy w największym stopniu wpływają relacje interpersonalne w zespole. Dotyczy to zarówno kontaktów ze współpracownikami, jak i z przełożonym [26]. Do podobnych

wniosków doszła także Sowińska i wsp. w 2012 roku. Badanie wykazało, że konflikty ze współpracownikami mają wpływ na satysfakcję z wykonywanej pracy [24]. Jednocześnie za czynnik w największym stopniu wpływający na obniżenie poziomu satysfakcji uważa się świadczenia płacowe i pozapłacowe gwarantowane przez firmę, a także brak możliwości awansu [26]. Pomimo wielu uciążliwych aspektów pracy, pielęgniarki odczuwają satysfakcję ze swojego życia zawodowego [24].

Podsumowanie

Satysfakcja pielęgniarek z pracy jest warunkowana różnorodnymi czynnikami, które powinny być brane pod uwagę w kształtowaniu środowiska pracy tej grupy zawodowej. Warto analizować zagadnienie zadowolenia z pracy pielęgniarek, gdyż jest ono ściśle związane z tendencją do pozostawania lub odchodzenia od wykonywanej profesji. Biorąc pod uwagę prognozy dotyczące zwiększenia niedoboru pielęgniarek, należy podejmować działania mające na celu przeciwdziałanie temu niekorzystnemu zjawisku.

Analiza europejskich doniesień na temat satysfakcji pielęgniarek z wykonywanej pracy pozwala stwierdzić, że niezależnie od zasobów kadrowych, czynniki wpływające na poziom satysfakcji z pracy zawodowej są we wszystkich krajach podobne i należą do nich:

- dobre relacje z przełożonym i współpracownikami,
- możliwość podnoszenia kwalifikacji i rozwoju zawodowego,
- poczucie odpowiedzialności oraz decyzyjność,
- klarowność oraz wykonalność delegowanych zadań,
- warunki pracy,
- odpowiednia proporcja pomiędzy pracą a czasem wolnym,
- odpowiednie wynagrodzenie.

Identyfikacja czynników wpływających na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy oraz powszechna dyskusja dotycząca niezbędnych kierunków zmian, to działania, które już dziś wydają się konieczne do podjęcia w celu uniknięcia prognozowanego problemu braku wystarczającej liczby pielęgniarek. Zasadne wydaje się wykorzystanie Evidence Base Nursing Practice w tworzeniu warunków pracy pielęgniarek wpływających na wysoką satysfakcję z jej wykonywania.

Bibliografia

1. Schultz DP, Schultz SE, Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

2. Chirkowska-Smolak T, Psychologiczny model zaangażowania w pracę. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2012.
3. Gurkova E, Soosova MS, Harokova S et al., Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. *International Nursing Review* 2013, 60 (1), 112–121.
4. Irvine DM, Evans MG, Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research* 1995, 44 (4), 246–253.
5. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001, 52, 397–422.
6. www.theinformationdaily.com/2013/11/08/will-the-affordable-care-act-consign-us-nursing-to-europes-fate.
7. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020. Warszawa, czerwiec 2010, www.nipip.pl/attachments/article/1782/Wstepna.ocena.zasobow.kadrowych.pdf.
8. Leiter PL, Maslach C, Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management* 2009, 17, 331–339.
9. Liou SR, Nurses' intention to leave: critically analyse the theory of reasoned action and organizational commitment model. *Journal of Nursing Management* 2009, 17 (1), 92–99.
10. www.oecdilibrary.org/sites/9789264183896en/03/03/index.html?itemId=/content/chapter/9789264183896-30-en.
11. Hasselhorn HM, Muller BH, Tackenberg P et al., NEXT – Scientific report, July 2005.
12. Meeusen VCH, Brown-Mahoney C, van Dam K et al., Personality dimension and their relationship with job satisfaction amongst dutch nurse anaesthetists. *Journal of Nursing Management* 2010, 18, 57–581.
13. Meeusen VCH, van Dam K, van Zundert A et al., Job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists: the influence of emotions on events. *International Nursing Review* 2010, 57 (1), 85–91.
14. Lautizi M, Laschinger HKS, Ravazzolo S, Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management* 2009, 17, 446–452.
15. Jonsson S, Psychosocial work environment and prediction of job satisfaction among Swedish registered nurses and physicians – a follow up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012, 26, 236–244.
16. Finkman M, Laine M, Leino-Kilpi H et al., Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2008, 45 (5), 727–739.
17. Kankaanranta T, Rissanen P, Nurses' intentions to leave nursing in Finland. *European Journal of Health Economics* 2008, 9 (4), 333–342.
18. Laconception MCR, Sookhoo D, Job satisfaction among perioperative nurses: a phenomenological study. *Journal of Advanced Perioperative Care* 2006, 2 (3), 87–95.
19. Jenaro C, Flores N, Orgaz MB, Cruz M, Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing* 2011, 67 (4), 865–875.

20. De Gieter S, Hofmans J, Pepermans R, Revisiting the impact of satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: an individual differences analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2011, 28 (12), 1562–1569.
21. Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2013, www.nipip.pl/index.php/samorząd/stat/1919-liczba-pielęgniarek-i-polożnych-zarejestrowanych-i-zatrudnionych.
22. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B, Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15 (2, 3), 192–196.
23. Zielińska-Więczkowska H, Buśka A, Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2010, 3–4 (32–33), 5–8.
24. Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D, Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20 (3), 361–368.
25. Kliszczy J, Nowicak-Sauer K, Trzeciak B et al., Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek a ich satysfakcja z życia i pracy zawodowej. *Medycyna Pracy* 2004, 55 (6), 461–468.
26. Kunecka D, Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2010, 91 (3), 451–457.

Grażyna Stadnicka¹, Agnieszka Pawłowska-Muc², Barbara Pajdosz³

¹ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk i Zdrowiu

² Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego

³ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk i Zdrowiu

Postrzeganie objawów nietrzymania moczu przez kobiety w różnych okresach życia

The perception of stress urinary incontinence symptoms among women in different periods of life

Abstract

The purpose of the research was to analyse the symptoms of the influence of stress urinary incontinence (SUI) on various spheres of life of women. The research was conducted from June 2012 to June 2013 in the area of the Lublin Province. The group under investigation involved 332 surveyed women aged 20 to 75. They were divided into two groups. The first group – 72 surveyed women with post-natal SUI symptoms, and the second group – 260 women of different ages suffering from stress urinary incontinence at least five years after giving birth. The research implemented the Gaudenz questionnaire and the King's Heath questionnaire. Statistical analysis was performed with the use of the Chi-squared test, Mann-Whitney *U*, on the basis of the computer program Statistica 9.1 (StatSoft, Poland). The age of group I was 20 to 41 and the average age was 29.9 ± 4.9 , and the women in group II were aged 30 to 75 and the average age of the group was 49.7 ± 5.7 . In both groups incontinence had a significant impact ($p = 0.03$) on the quality of life. The findings showed a significant influence ($p < 0.05$) of the symptoms of 2nd- and 3rd-degree incontinence on the everyday life activities, social life, psychological comfort, and active leisure of the surveyed women. Over two-thirds of the surveyed women (68.9%) considered the need to wear pads highly inconvenient. A sense of shame related to urinary incontinence accompanied the surveyed women, irrespective of age. Owing to this, only one in ten surveyed women (8.9%) decided to undergo medical examinations, while one in seven respondents (13.6%) did not discuss their complaint with a doctor/nurse for about ten years after the onset of the symptoms. The symptoms of urinary incontinence cause psychological discomfort, reduce the number of active leisure activities, and limit everyday functioning and social life. They depend to a large extent on the symptoms of the disease, irrespective of the age of the surveyed women. The symptoms of urinary incontinence cause a sense of disease-related shame, as a result of which most of women decide not to reveal the symptoms to a doctor or a nurse, even for a dozen years or more.

Key words: urinary incontinence, women, quality of life

Wprowadzenie

Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób kobiecych i dotyka około 10–15% każdego społeczeństwa. Większość cierpiących na nietrzymanie moczu stanowią kobiety w okresie przed- i poporodowym oraz kobiety po menopauzie i w podeszłym wieku. Częstość występowania nietrzymania moczu jest trudna do jednoznacznego oszacowania. Różne pozycje piśmiennictwa podają bardzo rozbieżne dane, a ich zakres zawiera się w przedziale od 5 do nawet 75% [1, 2, 3, 4]. Z danych statystycznych wynika, że ponad jedna trzecia kobiet w wieku dojrzałym doświadcza objawów tej choroby, a co piąta pacjentka po porodzie [4]. W Polsce, według „Rocznika Statystycznego” z 2010 roku, z powodu nietrzymania moczu cierpi około 19775 tysięcy kobiet.

Zgodnie z definicją (ICS-International Continence Society) wysiłkowe nietrzymanie moczu (wnm) występuje, gdy wzrostowi ciśnienia wewnątrz jamy brzusznej, związanemu z kaszlem lub ciężką pracą fizyczną, towarzyszy mimowolne wyciekanie moczu [5]. Dla pełnego scharakteryzowania wysiłkowego nietrzymania moczu należy określić jego stopień. Przyjmuje się podział wysiłkowego nietrzymania moczu, według głównego kryterium – stopnia zaawansowania objawów klinicznych (klasyfikacja wysiłkowego nietrzymania moczu wg Stameya) [6]:

- stopień I – mocz wypływa tylko podczas znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego w pozycji stojącej; kwalifikowany jest zazwyczaj do leczenia zachowawczego,
- stopień II – mocz wypływa bezwiednie podczas umiarkowanego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego, związanego np. z podskakiwaniem, chodzeniem po schodach, lekką pracą fizyczną,
- stopień III – gubienie moczu następuje w pozycji leżącej, stale, przy bardzo małym wysiłku lub bez wysiłku [6].

Celem badań

była analiza wpływu objawów wysiłkowego nietrzymania moczu (wnm) na różne sfery życia kobiety.

Materiał i metoda

Badania prowadzono od czerwca 2012 do czerwca 2013 roku na terenie województwa lubelskiego. Materiał badany stanowiło 332 respondentek wieku od 20 do 75 lat. Ankietowane podzielono na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiło 72 kobiet po

porodzie z objawami wysiłkowego nietrzymania moczu. Kryterium włączenia do tej grupy było:

- okres 3–6 miesięcy po porodzie,
- występowanie objawów nietrzymania moczu.

Natomiast drugą grupę stanowiło 260 kobiet również z objawami nietrzymania moczu, będących w różnych okresach życia i przynajmniej 5 lat po porodzie. Kryterium włączenia do grupy stanowiły:

- bezwiedne gubienie moczu lub występowanie epizodów nietrzymania moczu podczas kaszlu, śmiechu, kichania czy innych czynności,
- wiek poniżej 75 lat,
- wyrażenie zgody na udział w badaniach.

Z badań wyłączono kobiety:

- z chorobami neurologicznymi,
- z zaburzeniami i chorobami psychicznymi,
- z wadami wrodzonymi w układzie moczowo-płciowym,
- z objawami wskazującymi na inny rodzaj nietrzymania moczu.

U badaniach wykorzystano kwestionariusz Gaudenza służący do identyfikacji pacjentek z nietrzymaniem moczu oraz oceny stopnia nietrzymania moczu. Natomiast jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu oceniano kwestionariuszem King's Health. Pierwsza część kwestionariusza oceniała postrzeganie ogólnego stanu zdrowia przez kobiety oraz wpływ objawów związanych z układem moczowym na ich stan psychiczny. Druga część zawierała pytania umożliwiające kobietom ocenę wpływu objawów ze strony układu moczowego na 5 dziedzin życia: pracę zawodową, wypoczynek, kontakty towarzyskie, codzienne czynności, współżycie płciowe. Trzecia część oceniała stopień trudności wynikający ze stosowania środków zaradczych związanych z nietrzymaniem moczu. Utrudnienia te związane są między innymi z koniecznością noszenia wkładek czy częstą zmianą bielizny [7].

Analizy statystycznej dokonano za pomocą testu χ^2 , U Manna-Whitneya. Dla małych licznosci (poniżej 5) w badanych podgrupach użyto poprawki Yatesa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica v. 9.1.

Wyniki badań

Wiek badanych kobiet w grupie I wynosił 20–41 lat, średnia wieku to $29,9 \pm 4,9$ lat, natomiast w grupie II respondenci miały od 30 do 75 lat, a średnia wieku dla tej grupy wyniosła $49,7 \pm 5,7$ lat. Ponad połowa (52,78%, $n = 38$) badanych kobiet z grupy I była w wieku 31–40 lat. Zdecydowana większość respondentek z grupy II miała 51–60 lat (40,00%, $n = 104$) oraz 41–50 lat (30,38%, $n = 79$).

W przeważającej większości, respondentki były mieszkankami miasta, zarówno w grupie I (79,17%, $n = 57$), jak i w grupie II (66,53, $n = 173$).

U zdecydowanej większości (63,89%, $n = 46$) respondentek z grupy I objawy kliniczne nietrzymania moczu wskazywały na I stopień choroby, pozostałe respondentki (36,11%, $n = 26$) z tej grupy zakwalifikowano do II stopnia. W drugiej grupie badanych pierwszy stopień nietrzymania moczu występował u 14,23% ($n = 37$) respondentek, drugi stopień u 60,38% ($n = 157$), a trzeci stopień u co czwartej ankietowanej (25,40%, $n = 66$). Tabela 1 ukazuje wpływ objawów wnm (stopnia nietrzymania moczu) na wybrane aspekty życia.

Tabela 1. Subiektywna ocena wybranych aspektów życia a stopień nietrzymania moczu

Stopień wnm	Utrudnienia spowodowane wnm								Razem	Analiza statystyczna	
	wcale/ nigdy		trochę/ czasami		Umiarkowanie/ często		bardzo/ ciągle				
	Kontakty towarzyskie										
	N	%	N	%	N	%	N	%			
I stopień	21	27,27	37	48,05	11	14,29	8	10,39	77	100,00	p = 0,000 C = 0,51
II stopień	14	7,65	55	30,05	96	52,46	18	9,84	183	100,00	
III stopień	0	0,00	6	9,09	26	39,39	34	51,52	66	100,00	
Razem	35	10,74	98	30,06	133	40,80	60	18,40	326	100,00	
Stopień wnm	Aktywny wypoczynek										p = 0,000 C = 0,45
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
I stopień	34	40,96	24	28,92	20	24,10	5	6,02	83	100,00	
II stopień	26	14,21	51	27,87	92	50,27	14	7,65	183	100,00	
III stopień	5	6,02	16	27,71	22	26,51	23	39,76	66	100,00	
Razem	65	18,62	98	28,08	134	38,40	52	14,90	332	100,00	
Stopień wnm	Codzienne czynności										p = 0,000 C = 0,33
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
I stopień	37	44,58	26	31,33	17	20,48	3	3,61	83	100,00	
II stopień	42	22,95	87	47,54	38	20,77	16	8,74	183	100,00	
III stopień	8	12,12	21	31,82	32	48,48	5	7,58	66	100,00	
Razem	87	26,20	134	40,36	87	26,20	24	7,23	332	100,00	
Stopień wnm	Dyskomfort psychiczny										p = 0,000 C = 0,39
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
I stopień	15	18,07	30	36,14	33	39,76	5	6,02	83	100,00	
II stopień	15	8,20	49	26,78	73	39,89	46	25,14	183	100,00	
III stopień	3	4,55	10	15,15	14	21,21	39	59,09	66	100,00	

Stwierdzono, że skala trudnień jest zróżnicowana, w zależności od stopnia nasilenia objawów choroby. Stopień nietrzymania moczu ma istotny statystycznie związek ($p < 0,05$) z odczuwanym dyskomfortem psychicznym, ograniczeniami

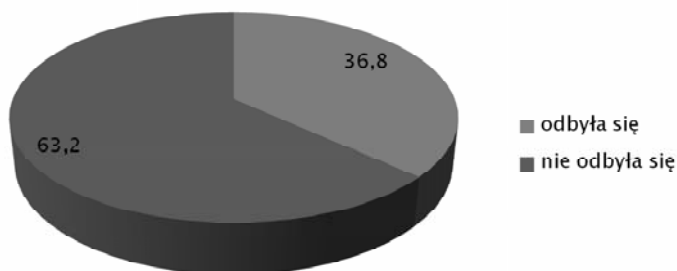
w zakresie aktywnego wypoczynku, jak również na wpływ na kontakty towarzyskie i codzienne czynności życiowe. Zakres ograniczeń, utrudnień jest zróżnicowany, w zależności od stopnia nasilenia objawów choroby. Utrudnienia (ograniczenia) związane z występowaniem objawów nietrzymania moczu prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Utrudnienia wynikające dla badanych z powodu objawów nietrzymania moczu

Utrudnienia związane z nietrzymaniem moczu	Grupa I\N = 72		Grupa II\N = 260	
	n	%	n	%
Ograniczenie spontaniczności (śmiech)	44	61,11	136	52,30
Częsta zmiana bielizny	19	26,38	85	32,69
Ograniczenia w dowolności noszenia ubrań	60	83,33	124	47,69
Obawa o przemoczenie ubrania	67	93,05	165	63,46
Obawa przed przykrym zapachem	54	75,00	98	37,69
Noszenie wkładek	29	40,27	179	68,84

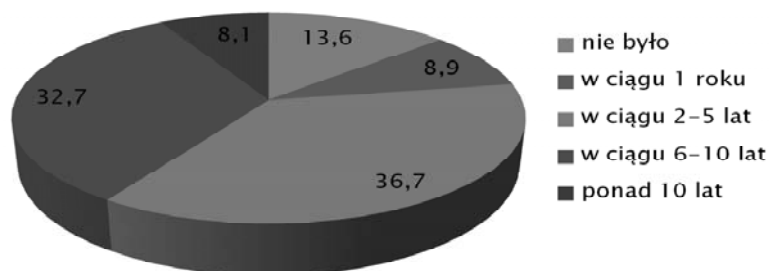
* suma nie wynosi 100% , ponieważ respondentki wskazywały na więcej niż jedno utrudnienie związane z nietrzymaniem moczu

Obawa o przemoczenie ubrania była znaczącym problemem zarówno dla 93,05% kobiet z grupy I, jak i 63,46% z grupy II. Ograniczenia w dowolności noszenia ubrań zdecydowanie częściej (93,05%) przeszkadzały młodszym kobietom, czyli respondentkom z grupy I, natomiast konieczność noszenia wkładek było dużą niedogodnością dla badanych kobiet z grupy II. Czas, jaki upłynął od pojawienia się objawów wnm do momentu zgłoszenia się na pierwsze badanie lekarskie przedstawiają rycina 1 i 2.



Rycina 1. Objawy wnm a wizyta u lekarza respondentek z grupy I

Objawy nietrzymania moczu po porodzie zgłosiła lekarzowi tylko jedna trzecia (36,8%) badanych kobiet z grupy I.



Rycina 2. Pierwsze objawy wnm a moment zgłoszenia się na badanie lekarskie respondentek grupy II

Pośród 119 kobiet leczonych z powodu WNM, 18 (co stanowi 15,2%) przez ponad 10 lat od pojawienia się pierwszych objawów choroby nie zgłaszało się po poradę do lekarza. 36,1% badanych kobiet starało się samodzielnie uporać z problemem nietrzymania moczu przez pierwsze 4–5 lat, a przez okres od 6 do 10 lat aż 26,1%, natomiast tylko 10 pacjentek (8,4%) w ciągu pierwszego roku choroby zgłosiło się na badanie lekarskie.

Poczucie wstydu związane z nietrzymaniem moczu występowało u badanych kobiet niezależnie od ich wieku i sprawiało, że tylko co dziesiąta badana (8,9%) w ciągu pierwszego roku choroby zgłosiła się do lekarza. Ponad jedna trzecia badanych (36,7%) starała się samodzielnie uporać z tym problemem przez okres od 2 do 5 lat. Podobny był odsetek respondentek (32,7%), które nawet przez 6–10 lat nie informowały lekarza/pielęgniarkę o swoich problemach.

Dyskusja

Znaczne rozpowszechnienie choroby oraz charakter jej objawów sprawiają, że nietrzymanie moczu zaliczane jest do schorzeń wpływających w znaczącym stopniu na kondycję psychofizyczną całej populacji kobiet. Nietrzymanie moczu, pomimo wzrastającego znaczenia społecznego, pozostaje nadal niedocenianym schorzeniem i często traktowane jest jako dyskomfort związany tylko ze sferą higieny osobistej [8, 9]. Zdaniem wielu autorów, występowanie tego schorzenia we wszystkich grupach wiekowych ma ogromne konsekwencje psychospołeczne. Aspekt psychospołeczny nietrzymania moczu związany jest przede wszystkim ze zmianą stylu życia, ograniczeniem codziennych czynności (podróży, zakupów), koniecznością stałego zabezpieczania się w celu utrzymania higieny (pieluchy), dyskomfortem fizycznym i psychicznym, trudnościami w stosunkach ze znajomymi [7, 8, 10]. Nietrzymanie moczu wpływa na jakość życia kobiet w zależności od stopnia nasilenia objawów.

Gdy objawy kliniczne wnm się nasilają, staje się to dla kobiet kłopotliwe i ogranicza w znacznym stopniu ich aktywność życiową [11, 13, 14].

Uzyskane dane z badań własnych wykazały istotny wpływ stopnia nasilenia objawów wnm na kontakty towarzyskie, aktywny wypoczynek, codzienne czynności oraz komfort psychiczny badanych. Kobiety z objawami nietrzymania moczu znacznie częściej niż pozostałe zmieniają swój styl życia, jak np. unikają opuszczania domu, kontaktów z przyjaciółmi, zbliżeń intymnych z partnerem z powodu lęku przed ośmieszeniem [7, 12]. Zaledwie znikomy odsetek badanych kobiet nie dostrzega negatywnych konsekwencji nietrzymania moczu [13].

Ciągła obawa przed przemoczeniem ubrania, zwłaszcza w miejscu publicznym, wywołuje duży dyskomfort psychiczny u kobiet, potwierdzają to badania własne oraz innych autorów [7, 15]. Powyższy stan skłania kobiety do ciągłego noszenia wkładek oraz ograniczenia w dowolności noszenia ubrań, co było dla kobiet również dużym problemem. Nieprzyjemny zapach, popuszczanie moczu to według Radziszewskiego i wsp. najbardziej uciążliwe dla kobiet konsekwencje nietrzymania moczu [13].

Zakres utrudnień wynikających dla badanych z powodu nietrzymania moczu uzależniony był od wieku badanych. Obawa o przemoczenie ubrania czy ograniczenie dowolności noszenia ubrań zdecydowanie były częściej problemem młodszych kobiet, konieczność noszenia wkładek było dużą niedogodnością dla kobiet w wieku starszym.

Opisywane w literaturze przypadki świadczą o niskiej zgłaszalności kobiet do ginekologa z chwilą wystąpienia objawów nietrzymania moczu. Nawet wśród kobiet, które uzmysłowiły sobie istnienie wnm, tylko co druga zasięga opinii lekarza, a 30% z nich czeka pięć lat zanim zgłosi się po poradę lekarską [16]. Spośród badanych kobiet z objawami wnm, co dziesiąta (8,9%) odwiedziła lekarza w ciągu pierwszego roku trwania choroby, a jedna trzecia (32,7%) dopiero po 6–10 latach. Natomiast tylko 36,8% kobiet po porodzie zgłosiło problem lekarzowi. Podobne wyniki uzyskano w europejskim badaniu przeprowadzonym w Szwecji, Niemczech czy Hiszpanii [16, 17] Tylko 8,8% kobiet z wnm szukało pomocy u lekarza z powodu występujących dolegliwości. Głównym czynnikiem powstrzymującym kobiety przed wizytą u lekarza było uczucie zakłopotania, wstydu i brak wiary w możliwość skutecznego leczenia. Charakter objawów nietrzymania moczu sprawia, że kobiety w różnym wieku częste ukrywają chorobę, co z kolei bywa przyczyną obniżonej samooceny, stanów depresyjnych, nerwic, a niekiedy nawet trudności w pożyciu seksualnym [7, 18, 19].

Wnioski

Objawy nietrzymania moczu powodują dyskomfort psychiczny, ograniczają możliwości aktywnego wypoczynku, powodują ograniczenia w czynnościach codziennych oraz kontaktach towarzyskich i są w dużym stopniu uzależnione od objawów choroby, niezależnie od wieku badanych kobiet.

Występowanie objawów nietrzymania moczu wyzwała poczucie wstydu związanego z chorobą, sprawiając, że większość kobiet nie zgłasza objawów choroby lekarzowi, pielęgniarce nawet przez kilkanaście lat.

Bibliografia

1. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER, Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* 2009, 114 (6), 1278–1283.
2. Brown WJ, Miller YD, Too wet to exercise? Leaking urine as a barrier to physical activity In women. *J Sci Med Sport.* 2001, 4 (4), 373–378.
3. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HL, Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2008, 277, 285–290.
4. Arnfinn A, Bjarne CE, Steinar H, A study of female urinary incontinence in general practice. *Scand J Urol Nephrol* 1996, 30, 465–471.
5. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT, The standardization of terminology of lower urinary tract function. *Scand J Urol Nephrol* 1988, Suppl. 114, 5–19.
6. Stamey TA, Urinary incontinence in the Female: The Stamey endoscopic suspension of the vesical neck for stress urinary incontinence. [w:] *Campbell's Urology*, Saunders Company. Philadelphia 1992, 2829–2850.
7. Kelleher CJ, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S, A new questionnaire to assess the quality of life urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997, 104, 1374–1379.
8. Tołłoczko T, Nietrzymanie moczu – problem społeczny i kliniczny. *Terapia. Urologia* 2002, 4, 4–6.
9. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HL, Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population : a review. *Arch Gynecol Obstet* 2008, 277, 285–290.
10. Bidzan I, Jakość życia kobiet z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. *Oficyna Wydawnicza Impuls*, Kraków 2008.
11. Bielicki K, Cisło M, Kaim K, Szpyrko A, Świdrak W, Ocena nietrzymania moczu u kobiet na podstawie badania ginekologicznego i opracowanej ankiety, [w:] *Materiały jubileuszowego sympozjum 50-lecia I Katedry i Kliniki Położnictwa i I Katedry i Kliniki Ginekologii 1946–1996*. Wrocław 1996, 299–302.
12. Pisarska M, Sybilla A, Wilczak M, Sajdak S, Nietrzymanie moczu – problem ginekologiczny. Część 2: Ocena przydatności zachowawczego leczenia nietrzymania moczu. *Ginekologia Praktyczna* 1999, 7, 34–36.

13. Radziszewski P, Bender S, Borowski J, Borkowski T, Bres-Niewada E, Borkowski A, Postrzeganie objawów nietrzymania moczu przez kobiety w Polsce. *Przegląd Menopauzalny* 2011, 5, 405–411.
14. Rohner TJ Jr, Rohner JF, Urinary incontinence in America: The social significance, [w:] Pat D O'Donnell (ed.), *Urinary Incontinence*. Mosby – Yearbook Inc 1997, 149–158.
15. Bidmead J, Cardozo L, McLellan A, Khullar V, Kelleher C, A comparison of the objective and subjective outcomes of colposuspension for stress incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol* 2001, 108, 408–413.
16. Simeonova Z, Milsom I, Kullendorff A-M, Molander U, Bengtsson C, The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999, 78.
17. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int*. 2005, 96, 831–838.
18. Donovan J, Bosch R, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, Naughton M, Symptom and quality of life assessment, [w:] Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. 2nd ed. Plymouth: Health Publication 2002, 267–316.
19. Kim JC, Chung BS, Choi JB, Lee JY, Lee KS, Park WH, et al. A safety and quality of life analysis of intravaginal slingplasty in female stress incontinence: a prospective, open label, multicenter, and observational study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007, 18, 1331–1335.

Grażyna Stadnicka¹, Barbara Marzena Wrześniak², Katarzyna Klinek³

¹ Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk i Zdrowiu

² Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk i Zdrowiu

³ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

Czynniki warunkujące satysfakcję z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym

The factors which determine the life satisfaction among women in perimenopausal period

Abstract

The research aimed to evaluate the influence of the menopausal symptoms and health behaviour of women on their life satisfaction in the peri-menopausal phase. The research involved 225 women aged 41 to 60, in the period from September 2011 to August 2012, and was conducted in the area of the Parczew District (Lublin Province). The authors used the Blatt-Kupperman Scale for the assessment of the severity of the menopausal symptoms, the Satisfaction with Life Scale (SWLS), and the Health Behaviour Inventory (IZZ). The Shapiro-Wilk test, student's t-distribution, and the chi-squared test were the devices used in the statistical analysis. The average age of the respondents was 50.32 ± 6.40 . In the examined group the average value of the Body-Mass Index was 26.42 ± 5.09 . The severity of the menopausal symptoms was evaluated with the use of the Blatt-Kupperman scale, and it was established that 42.67% ($n = 96$) of women did not subjectively experience menopausal symptoms. The remaining women included in the survey classified their symptoms as mild – 26.67% ($n = 60$), moderate – 16.44% ($n = 37$), serious and severe – 14.22% ($n = 32$). The research showed that the health behaviour of the surveyed women yielded sten scores of 6-8, which is a very high score. The analysis of health behaviour led to the conclusion that the highest rates were associated with positive mental attitudes and preventive behaviour, while good eating habits and good professional practices received lower rates. The surveyed women rated the levels of their life satisfaction as moderately high. These levels were statistically significantly contingent on health behaviour. The occurrence and subjective experience of the severity of menopausal symptoms appear to influence the life satisfaction of women in the peri-menopausal phase of their lives. Health behaviour conducive to good health are conditions for the life satisfaction of women.

Key words: menopause, health behavior, quality of life

Wprowadzenie

Okres menopauzy wiąże się ze zmianami hormonalnymi w organizmie kobiety. Zmiany te są odpowiedzialne za występowanie wielu dolegliwości, a nawet schorzeń.

Menopauza, czyli ostatnie krwawienie miesięczne, dzieli okres okołomenopauzalny na trzy podokresy: premenopauzę, trwającą od 42 do 50 roku życia, primenopauzę (okres 1 rok przed i 1 rok po menopauzie) oraz postmenopauzę, trwającą kilka lat po ostatniej miesiączce w życiu [1, 2].

W okresie okołomenopauzalnym kobiety zgłaszają wiele dolegliwości, które wcześniej nie występowały. Zaburzenia te dotyczą praktycznie wszystkich aspektów biologicznego życia kobiety. Najwcześniej zgłaszane przez kobiety to zaburzenia cyklu miesięczkowego, objawiające się zaburzeniami rytmu miesięczkowania oraz acyklicznymi krwawieniami. Objawy zespołu klimaktycznego są charakterystyczną grupą dolegliwości tego okresu. Do najważniejszych z nich należą:

- objawy naczynioruchowe, do których zalicza się uderzenia gorąca, zlewne poty (zwłaszcza nocne),
- objawy somatyczne, takie jak zawroty i bóle głowy, drętwienie; kołatanie serca,
- objawy psychiczne: drażliwość, przygnębienie, depresja, zaburzenia snu [2, 3].

Dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego, takie jak: dyspareunia, nawracające infekcje dróg moczowych, suchość pochwy, nietrzymanie moczu, zmiany położenia narządów płciowych, a także dysfunkcje seksualne (zaburzenia libido), to również częste i uciążliwe dolegliwości okresu menopauzalnego [3, 4]. Objawy postmenopauzalne to zmiany w tkance łącznej – ścieńczenie skóry, obniżenie aktywności gruczołów potowych, osteopenia i osteoporoza, a także występowanie tak zwanych chorób towarzyszących, do których zalicza się: zaburzenia metaboliczne, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory [3, 5].

Celem pracy

jest ukazanie wpływu objawów menopauzy oraz zachowań zdrowotnych kobiet na ich poczucie satysfakcji z życia w okresie okołomenopauzalnym.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 225 kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Badania prowadzono w okresie od września 2011 do sierpnia 2012 roku na terenie powiatu Parczew (woj. lubelskie). Kryteria włączenia pacjentek do badań były następujące:

- wiek 41–60 lat,
- brak chorób współistniejących,
- zgoda na badanie.

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze: skalę Kuppermana, skalę SWLS, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) oraz własnego autorstwa –

dotyczył charakterystyki socjodemograficznej respondentek. Skala Kuppermana służyła do oceny nasilenia objawów menopauzy. Składa się z 11 pytań ocenianych objawy menopauzy w skali 0–4 (0 – brak objawów, 1 – łagodne, 2 – umiarkowane, 3 – poważne, 4 – bardzo poważne). Ogólny wynik stanowi sumę uzyskanych punktów z poszczególnych pytań. Im wyższy wynik, tym nasilenie objawów menopauzy większe.

Skala satysfakcji z życia (SWLS) w adaptacji Juczyńskiego: zawiera pięć stwierdzeń ocenianych w skali 1–7 (1 – zupełnie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – raczej się nie zgadzam, 4 – ani się zgadzam, ani się nie zgadzam, 5 – raczej się zgadzam, 6 – zgadzam się, 7 – całkowicie się zgadzam). Wynikiem pomiaru jest suma uzyskanych punktów z poszczególnych stwierdzeń. Im wyższy wynik, tym lepsze poczucie zadowolenia z życia.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Juczyńskiego: służy do oceny nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu oraz nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych – prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety dawały respondentkom możliwość wielowariantowych odpowiedzi.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średnich, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test t-Studenta. Dla więcej niż dwóch grup zastosowano analizę wariancji. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi2. Do zbadania związku pomiędzy zmiennymi zastosowano korelację r-Pearsona. Dokonano także analizy rzetelności zastosowanych skal i kwestionariuszy. Badane skale charakteryzowały się wartością alfa Cronbacha większą od 0,75.

Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Średnia wieku ankietowanych wynosiła $50,32 \pm 6,40$ lata. Ponad połowa badanych 52,00% ($n = 117$) była w wieku do 50 lat, natomiast pozostałe respondentki 48,00% ($n = 108$) to kobiety powyżej 50 roku życia. Średni wiek wystąpienia ostatniej miesiączki w badanej grupie wynosił $48,74 \pm 4,27$ lat. Najwcześniej ostatnia miesiączka

miała miejsce w wieku 32 lat, natomiast najpóźniej w wieku 56 lat. Trzy czwarte badanych ($n = 164$; 72,89%), stanowiły mężatki, pozostałe ankietowane to panny 4,44% ($n = 10$), rozwódki 8,89% ($n = 20$) oraz wdowy 13,78% ($n = 31$). Respondentki w większości legitymowały się wykształceniem średnim ($n = 121$; 53,78%), co piąta badana ukończyła zasadniczą szkołę zawodową 20,44% ($n = 46$), a tylko co dziesiąta 12,44% ($n = 28$) studia wyższe. Ponad trzy czwarte ankietowanych – 75,11% ($n = 169$) pracowało zawodowo, natomiast pozostałe badane posiadały status bezrobotnej – 8,44% ($n = 19$), rencistki – 7,11% ($n = 16$) lub emerytki 9,34% ($n = 21$). Swoją sytuację finansową badane określały jako przeciętną ($n = 131$; 58,22%) lub dobrą (31,11%, ($n = 70$), nieco rzadziej jako bardzo dobrą – 2,67% ($n = 6$) oraz złą 8,00% ($n = 18$).

Respondentki w większości to mieszkanki miast ($n = 156$; 69,33%), natomiast pozostałe 30,67% ($n = 69$) ankietowane mieszkają na wsi.

W badanej grupie średnia wartość wskaźnika BMI ankietowanych wynosiła $26,42 \pm 5,09$. Najliczniejszą grupę ($n = 118$; 52,44%), stanowiły kobiety z BMI 20–25, natomiast u co trzeciej badanej 30,67% ($n = 69$) występowała nadwaga (BMI 26–30), a u pozostałych 16,89% ($n = 38$) otyłość (BMI > 30). Objawów menopauzy ocenianych skalą Kuppermana nie stwierdzono u 42,67% ($n = 96$) ankietowanych, natomiast pozostałe respondentki nasilenie objawów określały jako łagodne – 26,67% ($n = 60$), umiarkowane – 16,44% ($n = 35$) oraz poważne i bardzo poważne – 14,22% ($n = 32$). Nasilenie objawów menopauzy w zależności od wskaźnika BMI respondentek prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Ocena wpływu BMI na subiektywnie odczuwane objawy menopauzy

Subiektywnie odczuwane objawy menopauzy	BMI = 20–25		BMI = 26–30		BMI > 30		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
brak	53	52,21	23	23,96	20	20,83	96	100,00
łagodne	22	36,67	20	33,33	18	30,00	60	100,00
umiarkowane	7	18,92	11	29,73	19	51,35	35	100,00
poważne/bardzo poważne	8	25,00	10	31,25	14	43,75	32	100,00
razem	90	40,00	64	28,44	71	31,56	225	100,00
analiza statystyczna	Chi ² = 22,57; p = 0,0009							

Kobiety ze wskaźnikiem BMI > 30 (otyłością) częściej dolegliwości związane z menopauzą określały jako średnie lub ciężkie (43,75%), w porównaniu z kobietami z BMI = 26–30 (31,25%) lub BMI = 20 (25,00%). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0009$) w subiektywnie odczuwanymi objawami menopauzy w zależności od wskaźnika BMI badanych kobiet.

Ocena satysfakcji z życia kobiet w zależności od występowania i nasilenia odczuwanych objawów menopauzy prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Ocena satysfakcji z życia z uwzględnieniem występowania objawów menopauzy (Kuperman)

Występowanie objawów menopauzy	średnia	odchylenie standardowe	minimum	maksimum
brak	20,91	5,74	5,00	32,00
łagodne	20,25	5,03	11,00	30,00
umiarkowane	19,13	4,92	8,00	30,00
poważne/bardzo poważne	18,68	4,85	8,00	29,00
analiza statystyczna: $F = 3,61$; $p = 0,03$				

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowane, które nie miały objawów menopauzy, odczuwały istotnie większą satysfakcję z życia (średnia = 20,91) w porównaniu z badanymi, które miały łagodne objawy (20,25) oraz umiarkowane lub poważne (18,68). Stwierdzone różnice były istotne statystycznie ($p = 0,03$).

Oceny satysfakcji z życia dokonano przy użyciu kwestionariusza SWLS. W poniższej tabeli zaprezentowano ocenę zadowolenia z życia badanych kobiet, która odnosiła się do stwierdzenia „jestem zadowolona z życia”.

Tabela 3. Stopień zadowolone z życia w opinii badanych kobiet

Ocena stwierdzenia „jestem zadowolona z życia”	N	%
zupełnie się nie zgadzam	4	1,78
nie zgadzam się	21	9,33
raczej się nie zgadzam	21	9,33
ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	40	17,78
raczej się zgadzam	87	38,67
zgadzam się	45	20,00
całkowicie się zgadzam	7	3,11
razem	225	100,00

Ponad jedna trzecia respondentek: $n = 87$ (38,67%), raczej zgadzała się ze stwierdzeniem „jestem zadowolona z życia”, natomiast tylko 1,78% ($n = 4$) zupełnie się nie zgadzała w tej kwestii, a co piąta badana, $n = 40$ (17,78%) nie potrafiła zająć stanowiska dotyczącego oceny jej życia i odpowiedź brzmiała „ani się zgadzam, ani się nie zgadzam”.

W pracy dokonano analizy zachowań zdrowotnych badanych kobiet (tabela 4). Zachowania zdrowotne ankietowanych mieściły się w granicach 6–8 stena, co oznacza, że są dość wysokie.

Tabela 4. Ogólna ocena zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,12	1,33	5,0	0,80
zachowania profilaktyczne	3,18	1,17	5,0	0,79
pozytywne nastawienia psychiczne	3,39	1,67	5,0	0,70
praktyki zdrowotne	3,03	1,33	5,0	0,71
IZZ	76,31	42,00	117,0	14,89

Najwyżej ocenione zachowanie zdrowotne to pozytywne nastawienie psychiczne (średnia = 3,39) oraz zachowania profilaktyczne (średnia = 3,18), natomiast gorzej prawidłowe nawyki żywieniowe (średnia = 3,12) i praktyki zdrowotne (średnia = 3,03). W tabeli 5 zaprezentowano zależności pomiędzy poczuciem zadowolenia z życia a zachowaniami zdrowotnymi.

Tabela 5. Średnie wyniki skali IZZ oraz zachowania zdrowotne z uwzględnieniem oceny zadowolenia z życia

zachowania zdrowotne	optymistyczny	inny	analiza statystyczna	
			t	p
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,27	2,98	2,81	0,01
zachowania profilaktyczne	3,28	3,08	1,90	0,06
pozytywne nastawienia psychiczne	3,68	3,12	6,47	0,000001
praktyki zdrowotne	3,10	2,95	1,51	0,13
IZZ	79,95	72,77	3,72	0,0003

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że ankietowane, które pozytywnie oceniały swoje życie, miały „lepsze” zachowania zdrowotne niż badane, które inaczej oceniły swoje życie (ocena obojętna, negatywna). Stwierdzono istotne statystycznie różnice w ocenie prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,01$), pozytywnego nastawienia psychicznego ($p < 0,000001$) oraz w ogólnej ocenie ($p = 0,0003$), a także stwierdzono bliskie istotności różnice w ocenie zachowań profilaktycznych ($p = 0,06$), natomiast nie stwierdzono znamienych różnic w ocenie praktyk zdrowotnych ($p = 0,13$).

Dyskusja

Menopauza jest naturalnym etapem życia każdej kobiety, jednak zmiany z nią związane prowadzą do zaburzeń w zakresie sfery bio-psychospołecznej. Jak wynika z badań wielu autorów, wystąpienie objawów menopauzy znacząco obniża jakość

życia kobiet we wszystkich jej sferach życia [6, 7, 8, 9, 10]. Skrzypulec i wsp. [6] podają, że wśród kobiet obserwuje się nasilenie objawów klimakterycznych wraz z wiekiem, złą sytuacją materialną, samotnym mieszkaniem i niestosowaniem terapii hormonalnej. Największe nasilenie objawów klimakterycznych dotyczyło kobiet w przedziale wiekowym 49–55 lat i złej sytuacji materialnej. Natomiast Blumela i wsp. [11] dowodzą, że kobiety mieszkające samotnie i w złej sytuacji materialnej częściej skarżą się na dokuczliwe objawy menopauzy. Na subiektywne odczuwanie objawów menopauzy ma wpływ również indeks masy ciała (BMI). Kobiety z otyłością częściej objawy menopauzy określały jako poważne lub bardzo poważne w porównaniu z kobietami o prawidłowej masie ciała, potwierdzają to badania własne, jak i innych autorów [12, 13].

Badane kobiety odczuwały przeciętny poziom satysfakcji z życia (SWLS – 20,05), tylko jedna trzecia respondentek (38,67%) twierdziła, że „jest zadowolona z życia”. Na poziom satysfakcji z życia na wpływ stan cywilny, sytuacja finansowa, zadowolenie z życia seksualnego, nasilenie objawów menopauzy, stosunek do życia oraz poczucie osiągniętego sukcesu w różnych dziedzinach życia [14]. Według Jachimowicz i wsp., wiek oraz sytuacja rodzinna badanych w istotnym stopniu nie różnicują poczucia satysfakcji z życia. Badania autorów wskazują, że kobiety po 65 roku życia wykazują przeciętny poziom satysfakcji z życia (SWLS – 21,04), podobnie jak i badane w wieku 20–55 lat – średni wynik SWLS – 21,08. Na ogół badane kobiety były zadowolone z życia, a tylko niekiedy występowały u nich obszary, w których chciałyby uzyskać poprawę [14].

Badania przeprowadzone przez Czekirdę i wsp. [15] wykazały, że większość (61,99%) kobiet w okresie przekwitania miało optymistyczny stosunek do życia. Najczęściej ankietowane deklarowały, że osiągnęły sukces w życiu rodzinnym (57,85%) oraz w pracy zawodowej (53,30%).

Z badań własnych wynika, że zachowania zdrowotne (IZZ) wśród kobiety w okresie okołomenopauzalnych były na dość wysokim poziomie. Większość kobiet w tym okresie zazwyczaj unika używek, prowadzi zdrowy styl życia, zwraca uwagę na prawidłowe oddżywianie [13, 16, 17]. Według Makary-Studzinskiej i wsp. [18], jakość życia w sferze psychicznej ulega znaczącym zmianom w okresie okołomenopauzalnym. Wykazano korzystny wpływ terapii hormonalnej na zwiększenie ogólnej satysfakcji z życia, zmniejszenie napięcia, lęku, zaburzeń nastroju, snu oraz stopnia nasilenia objawów klimakterium [5, 6, 18]. Badania Czekirdy i wsp. [15] wykazują, że prawie połowa badanych kobiet poszukuje różnych naturalnych metod wspomagania organizmu w okresie zmian hormonalnych, (41,73%). Najczęściej kobiety stosują dietę i ziołolecznictwo. Stwierdza się istotny związek pomiędzy korzystaniem z niekonwencjonalnych metod leczenia a aktywnością zawodową ($p = 0,01$) oraz wiekiem ($p = 0,00005$) [15]. Najczęściej z niekonwencjonalnych metod korzystają kobiety w wieku 50–59 lat pracujące zawodowo.

Analiza materiału badawczego była w większości zgodna z innymi publikacjami [15, 17, 18, 19]. Stwierdzono, że objawy menopauzalne wpływają istotnie negatywnie na satysfakcję z życia kobiet. Wyniki badań własnych oraz innych autorów wskazują na potrzebę poprawę jakości życia kobiet w okresie menopauzy poprzez promowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyki zdrowotne, jak również umacnianie pozytywnego nastawienia psychicznego.

Podsumowanie

Występowanie objawów menopauzy oraz subiektywne odczucie ich nasilenia wydają się mieć wpływ na poczucie satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Zachowania zdrowotne sprzyjające zdrowiu warunkują poczucie satysfakcji z życia kobiet.

Bibliografia

1. Borud E, White A, A review of acupuncture for menopausal symptoms. *Maturitas* 2010, 66, 2, 131–134.
2. Sievert LL, Menopause as a measure of population health. An overview. *Am J Hum Biol* 2001, 13, 429–434.
3. Klein P, Mood and the menopause, [w:] Studd J, The management of the menopause. Parthenon Publishing Group, London 2003, 95–109.
4. Greendale GA, Gold EB, Lifestyle factors: are they related to vasomotor symptoms and do they modify the effectiveness or side effects of hormone therapy? *American Journal of Medicine* 2005, 118, Suppl 12B, 148–154.
5. Bielawska-Batorowicz E, Sposób prezentowania menopauzy a ocena związanych z nią zmian. *Przegląd Menopauzalny* 2004, 3 (3), 24–30.
6. Skrzypulec V, Naworska B, Drosdzol A, Analiza wpływu objawów klimakterycznych na funkcjonowanie i jakość życia kobiet w okresie około menopauzalnym. *Przegląd Menopauzalny* 2007, 2, 96–101.
7. Skrzypulec V, Drosdzol A, Ferensowicz J. Ocena jakości życia kobiet w okresie klimakterium. *Gin. Pol* 2004, 75, 378–381.
8. Reynolds RF, Obermeyer CM, Correlates of the age AT natura menopause in Morocco. *Ann Hum Biol* 2003, 30, 95–108.
9. Synowiec-Piłat M, Wybrane społeczne wyznaczniki jakości życia 50-letnich Polek w kontekście ich sytuacji zdrowotnej. *Przegląd Menopauzalny* 2010, 6, 385–389.
10. Towey M, Bundy C, Cordingley L, Psychological and social interventions in the menopause. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 2006, 18, 4, 413–417.
11. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Quality of life after menopause, a population study. *Maturitas* 2000, 34, 17–23.

12. Połać I, Otyłość u kobiet w okresie pomenopauzalnym. *Służba Zdrowia* 2000, 3, 16–19.
13. Wajszczyk B, Sposób żywienia kobiet w wieku okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym. *Żywnie Człowieka* 2003, 30 (1/2), 372–376.
14. Jachimowicz V, Kostka T, Satysfakcja z życia starszych kobiet. *Ginekologia Praktyczna* 2009, 3, 27–32.
15. Czekirda M, Ślusarska B, Adamska-Kuźmicka I, Zarzycka D, Sadurska A, Wysokiński M, Satysfakcja kobiet w okresie przekwitania. *Family Medicine & Primary Care Review* 2007, 9, 220–228.
16. Krajewska-Ferishah K, Krajewska-Kułak E, Terlikowski S, Wiktor H, Analysis of quality of life women in menopause period in Poland, *Advances in Medical Sciences* 2010, 55 (2), 52–58.
17. Lindh-Astrand L, Nedstrand E, Wyon Y, Hammar M, Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy. *Maturitas* 2004, 48, 2, 97–105.
18. Makara-Studzińska M, Wdowiak A, Bakalczuk B, Bakalczuk B, Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie. *Przegląd Menopauzalny* 2009, 5, 284–289.
19. Brzezińska A, Stolarska M, Zielińska J, Poczucie jakości życia w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości, [w]: Appelt K, Wojciechowska J (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001, 103–126.

Aneta Trzcińska¹, Iwona Bodys-Cupak², Grażyna Anna Franek³, Anna Janus⁴,
Barbara Koleżyńska³

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu

² Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu

³ Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu

⁴ Stacja Dializ Fresenius Nephrocare, Zabrze

Wpływ cukrzycy na długość funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej u chorych przewlekle hemodializowanych

Effect of diabetes on the length of the operation of arterio-venous fistula
in chronic hemodialysis patients

Abstract

Twenty-first century begins with the announcement of the epidemic of chronic diseases, where in addition to hypertension, osteoporosis, obesity also has diabetes and chronic kidney disease. It is estimated that in Poland the number of people affected by chronic kidney disease can be as high as 5 million, and its most common cause is diabetes. Every year, 120 patients per million population start dialysis, of which $\frac{1}{4}$ is dialyzed patients with diabetes. The aim of this study was the length of the operation of arterio-venous fistula in patients on chronic dialysis who have had diabetes. The research was conducted during March–May 2012 years among 433 patients on dialysis in nine dialysis units in Silesia. In the group of 250 people were people without diabetes, 57 diabetic and 126 type I diabetes type II. The subjects were dialyzed in the period from 7 to 321 months. The study used a survey technique using the tool, which was a questionnaire and an analysis of the data contained in medical records. Data analysis showed that diabetes adversely affects the length of the operation of arterio-venous fistula among dialysis. For people on dialysis less than 5 years difference is small. However, when the dialysis period is longer – control group has a significantly longer duration of action of the first fistula, than both groups with diabetes, a group with type II diabetes is the operation time of the first fistula slightly shorter than the group with diabetes type I. The results show that people with diabetes – compared to the control group – often in their history have created four fistula disease, and rarely three, rarely two, and just as often a one fistula.

Key words: arterio-venous fistula, diabetes, hemodialysis

Przedę wszystkim rozszerzenie granic nauki; bez tego wszystko jest daremne.

Georg Christoph Lichtenberg

Wiek XXI rozpoczął się od ogłoszenia epidemii chorób przewlekłych, gdzie obok nadciśnienia tętniczego, osteoporozy i otyłości, znajduje się także cukrzyca i prze-

wlekle choroba nerek. Szacuje się, że w Polsce liczba osób dotkniętych przewlekłą chorobą nerek może sięgać nawet 5 milionów, a jej najczęstszą przyczynę stanowi cukrzyca. Każdego roku 120 chorych na milion mieszkańców rozpoczyna dializy, z czego $\frac{1}{4}$ dializowanych to chorzy z cukrzycą. Celem badań była ocena długości funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej u chorych przewlekle dializowanych, u których stwierdzono obecność cukrzycy.

Badania prowadzone były w okresie marzec–maj 2012 roku wśród 433 pacjentów dializowanych w 9 stacjach dializ na terenie Górnego Śląska. W badanej grupie 250 osób stanowiły osoby bez cukrzycy, 57 cierpiało na cukrzycę typu 1 i 126 na cukrzycę typu 2. Osoby badane były dializowane w okresie od 7 do 321 miesięcy. W badaniach posłużono się techniką ankiety przy użyciu narzędzia, jakim był kwestionariusz ankiety oraz analizą danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Analiza danych wykazała, że cukrzyca niekorzystnie wpływa na długość funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej wśród dializowanych. W przypadku osób dializowanych poniżej 5 lat różnica pomiędzy badanymi grupami jest niewielka. Jednak gdy okres dializowania jest dłuższy – grupa kontrolna ma znacznie dłuższy czas działania pierwszej przetoki niż obie grupy z cukrzycą, a grupa z cukrzycą typu 2 ma czas funkcjonowania pierwszej przetoki nieco krótszy niż grupa z cukrzycą typu 1. Wyniki pokazują, że osoby z cukrzycą w porównaniu z grupą kontrolną częściej mają w swojej historii choroby tworzone 4 przetoki, a rzadziej 3, rzadziej 2, a równie często jedną przetokę.

Epidemiologia i czynniki występowania cukrzycy

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i National Diabetes Data Group pod koniec lat 70. opracowały nową klasyfikację i nowe kryteria diagnostyczne cukrzycy, dzięki czemu uporządkowano odbiegające od siebie kryteria diagnostyczne i różnorodność używanego nazewnictwa. W celu przeanalizowania tych zagadnień powołano grupę ekspertów American Diabetes Association (ADA). W tym samym celu zwołano Grupę Konsultacyjną WHO w Londynie w 1996 roku. Obie grupy ekspertów (ADA i WHO) doszły do podobnych wniosków, co zaowocowało publikacją zaleceń przez ADA w 1997 roku. Ustalono nową klasyfikację cukrzycy.

Cukrzycę zdefiniowano jako schorzenie metaboliczne, które ma różnorodną etiologię. Charakteryzuje się przewlekłą hiperglikemią z zaburzeniami metabolizmu węglowodanów, białek i tłuszczów na skutek defektu wydzielania i (lub) działania insuliny.

„Przewlekła choroba nerek” to pojęcie wprowadzone przez amerykańskich nefrologów z Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) po raz pierwszy w 2002 roku. Definicja ta została następnie zaakceptowana i potwierdzona przez

międzynarodowe gremium Kidney Disease Improving Global Outcome (KDIGO). W ten sposób uściślono definicję przewlekłej choroby nerek, która stała się wspólna dla nefrologów na całym świecie [20].

Przewlekła choroba nerek jest pojęciem szerszym niż przewlekła niewydolność nerek. O PChN mówi się, gdy filtracja kłębuszkowa (GFR, *glomerular filtration rate*) spada poniżej 60 ml/min/1,73 m² i utrzymuje się obniżona przez min. 3 miesiące. Granica 60 ml została ustalona i zaakceptowana przez światowych i polskich nefrologów w celu uniknięcia nadużywania rozpoznawania PChN [19, 20, 25, 26].

W Polsce brakuje danych obrazujących częstość występowania przewlekłej choroby nerek w poszczególnych stadiach. Oszacowano natomiast, że każdego roku do V stadium PChN przechodzi 100 pacjentów na milion mieszkańców. Na podstawie wyników badań epidemiologicznych można przypuszczać, że liczba osób dotkniętych PChN w Polsce może sięgać nawet 5 milionów [18, 30, 38].

Przyczyny niewydolności nerek

Nie jest całkowicie jasna patogeneza PChN. Do przyczyn niewydolności nerek należy cukrzyca, jako najczęstsza. Wśród rozpoczynających leczenie nerkozastępcze w Polsce chorzy z cukrzycą stanowią ¼ wszystkich chorych.

W 2007 roku Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) opublikowało definicję cukrzycowej choroby nerek. Podkreślono, że u wszystkich chorych na cukrzycę należy oznaczyć wielkość GFR (przesączanie kłębuszkowe) ze wzoru MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study Group). Pozwala to na określenie stadium nefropatii cukrzycowej zgodnie z kryteriami dla każdej PChN lub rozpoznanie u chorego na cukrzycę PChN, gdy eGFR przy nieobecności innych wskaźników uszkodzenia nerek < 60 ml/min/1,73 m². U każdego pacjenta z cukrzycą należy także określić ciśnienie tętnicze krwi, a wartość > 130/80 mmHg traktować jako nadciśnienie tętnicze.

Przez złożone procesy, jakie zachodzą w nerkach chorych na cukrzycę dochodzi do przerostu nefronów z pogrubieniem cewek nerkowych i błony podstawnej kłębuszków oraz zwiększa się obszar macierzy mezangium, co skutkuje przerostem nerek. Czynność kłębuszkowej bariery filtracyjnej ulega upośledzeniu, co objawia się zwiększonym wydalaniem albumin i innych białek z moczem. Równolegle ze zwiększeniem albuminurii w cukrzycy typu 1 podwyższa się ciśnienie tętnicze krwi. Natomiast w cukrzycy typu 2 istniejące wcześniej nadciśnienie tętnicze nasila się, co przyspiesza rozwój stwardnienia kłębuszków nerkowych, włóknienia tkanki cewkowo-śródmiażdżowej i upośledzenia czynności nerek, aż do ich schyłkowej niewydolności. Wszyscy chorzy na cukrzycę oraz chorzy z nefropatią cukrzycową eGFR 40–30 ml/min/1,73 m² powinni być kwalifikowani do leczenia nerkozastępczego.

Leczenie PChN

Polega przede wszystkim na leczeniu choroby podstawowej, która doprowadziła do uszkodzenia nerek, tzw. leczeniu przyczynowym, a także hamowaniu dalszego nasilania się tego uszkodzenia. Bardzo ważne jest zwolnienie lub zatrzymanie dalszego postępującego uszkodzenia nerek. Im wcześniej PChN zostanie wykryta, tym leczenie staje się bardziej skuteczne – niezależnie od przyczyny PChN.

Postępowanie to polega m.in. na unikaniu stosowania leków nefrotoksycznych, stosowaniu leków zmniejszających białkomocz, usuwaniu przeszkód w odpływie moczu, zwalczaniu czynników ryzyka miażdżycy, stosowaniu diety odpowiedniej do stadium PChN, leczeniu nadciśnienia tętniczego krwi oraz leczeniu niedokrwistości i wszelkich innych powikłań niewydolności nerek. Największe jednak znaczenie w hamowaniu dalszego uszkodzenia nerek ma leczenie nadciśnienia tętniczego krwi.

Leczenie nerkozastępcze w przewlekłej chorobie nerek

Gdy PChN wchodzi w stadium V (schyłkowa niewydolność nerek) konieczne jest zastąpienie czynności niewydolnych nerek. Ostatnie stadium choroby nerek powoduje upośledzenie funkcjonowania całego organizmu. Objawy biochemiczne i kliniczne nasilają się wraz z postępem niewydolności nerek. Nie wszystkie objawy pojawiają się w tym samym czasie, a wcześniejsze wdrożenie leczenia nerkozastępczego pozwala na uniknięcie wielu ciężkich zaburzeń i powikłań. Do głównych metod leczenia nerkozastępczego należą: dializa oraz przeszczep (transplantacja) nerki.

Hemodializa (HD) – kilkugodzinne oddziaływanie na osocze chorego płynu dializacyjnego, o składzie zbliżonych do osocza człowieka zdrowego. Przestrzeń płynu dializacyjnego i przestrzeń krwi dializowanego pacjenta, oddzielone są od siebie błoną półprzepuszczalną. Kilkugodzinny kontakt osocza pacjenta z płynem dializacyjnym, zachodzący podczas HD powoduje upodabnianie się składu osocza pacjenta do składu płynu dializacyjnego. Dochodzi do normalizacji składu płynu międzykomórkowego. Hemodializa klasyczna to prowadzenie jednocześnie dwóch podstawowych procesów: ultrafiltracji (przy użyciu ciśnienia osmotycznego lub hydrostatycznego steruje się kierunkiem przechodzenia wody przez błonę półprzepuszczalną) i dyfuzji (przechodzenie cząsteczek substancji rozpuszczonych w wodzie przez błonę półprzepuszczalną co prowadzi do ich samorzutnego, bezwładnego ruchu ciepłego).

Hemodializa odbywa się za pomocą „sztucznej nerki”, której najważniejszą część stanowi dializator, gdzie z krwi usuwany jest mocznik i kreatynina. Krew przepływa przez dializator (ok. 11 tysięcy kapilar o średnicy 200–300 mikrometrów).

Hemodializa trwa zwykle ok. 4 godzin i odbywa się standardowo 3 razy w tygodniu. Jednak czas trwania i częstotliwość, z jaką pacjent poddawany jest hemodializie – dla każdego pacjenta ustalany jest indywidualnie, zgodnie z potrzebą wynikającą ze stanu zdrowia pacjenta. Hemodializa odbywa się w stacji dializ pozaustrojowych.

Dostęp naczyniowy do hemodializy

Czasowy dostęp do hemodializy – najczęściej stosowany w przypadku ostrej niewydolności nerek, zaniedbanej przewlekłej niewydolności nerek, ostrych zatruc, utraty lub niewydolności uprzednio funkcjonującej przetoki tętniczo-żylniej. Cewnik wprowadza się do naczynia żylnego metodą Selinger. Najczęściej cewnik zakłada się do żyły szyjnej wewnętrznej lub żyły udowej, wskazane jest omijanie żyły podobojczykowej (duże ryzyko zakrzepicy i zwężeń, które prowadzi do niepowodzeń w przypadku wytworzenia w przyszłości przetoki tętniczo-żylniej).

Trwały dostęp naczyniowy – schyłkowa niewydolność nerek oraz długi czas oczekiwania na przeszczep nerki bądź dyskwalifikacja z przeszczepu przesądzają często o długim czasie dializ. Istnieją 2 metody wytworzenia trwałego dostępu naczyniowego do celów przeprowadzania hemodializ. Jedną z nich jest cewnik permanentny.

Drugą metodą wytworzenia trwałego dostępu naczyniowego jest przetoka tętniczo-żylna, która jest chirurgicznym połączeniem tętnicy z żyłą tak, aby w części żylniej płynęła krew tętnicza. Przy kwalifikacji do założenia przetoki tętniczo-żylniej konieczne jest badanie fizykalne i konsultacja chirurgiczna w celu dokonania wyboru odpowiednich naczyń do wykonania zespolenia. Czasem, gdy stan naczyń budzi wątpliwości, wykonuje się dodatkowo flebografię (podanie kontrastu do żył przedramienia w celu ich uwidocznienia). Przetokę tętniczo-żylną wytwarza się najczęściej z naczyń własnych pacjenta. Zasadą jest wytworzenie pierwszej przetoki maksymalnie obwodowo (powyżej nadgarstka) w obrębie kończyny niedominującej. Najczęściej stosowaną i najlepszą przetoką naczyniową jest przetoka tętniczo-żylna Cimino-Brescia, polegająca na zespoleniu żyły odpromieniowej z tętnicą odpromieniową. Po założeniu przetoki z naczyń własnych pacjenta, część żylna przetoki musi ulec arterializacji. Optymalnym czasem „dojrzewania” przetoki jest okres 3–4 miesięcy, za czas najkrótszy uważa się 4–6 tygodni od chwili wytworzenia przetoki.

Transplantacja

W schyłkowej niewydolności nerek, metody leczenia nerkozastępczego – jakimi są dializy, mają na celu poprawę jakości życia pacjenta w czasie oczekiwania na przeszczep nerki. Przeszczep nerki jest, niestety, także jednym ze sposobów leczenia nerkozastępczego, a pacjenta po transplantacji nie można uznać za zdrowego – istnieje bowiem bardzo duże prawdopodobieństwo, że choroba podstawowa pacjenta, która doprowadziła jego własne nerki do niewydolności, uczyni to także z nerką przeszczepioną.

Nerki są w Polsce najczęściej przeszczepianym narządem. Liczba przeszczepów stale rośnie, w porównaniu roku 2010 i 2011, liczba przeszczepień nerki wzrosła o ponad 4% (1040 przeszczepów w 2011). Najbardziej jednak wzrosła liczba przeszczepów nerki z trzustką, bo aż o 70%.

Według danych „Poltransplantu” na dzień 31 marca 2012 roku (brak aktualnych danych na dzień 31 lipca 2013) w Polsce żyje 9029 (na Śląsku 770) dorosłych z czynną przeszczepioną nerką oraz 244 dzieci. Liczba przeszczepionych nerek wynosiła w poszczególnych latach: 2010 – 949 od dawców zmarłych, 50 od dawców żywych, 2011 – 1002 od dawców zmarłych, brak danych od dawców żywych, 2012 – 1094 od dawców zmarłych, 51 od dawców żywych, w od stycznia do 31 lipca 2013 – 622 od dawców zmarłych, 37 od dawców żywych. Liczba oczekujących na przeszczep nerki przedstawia się następująco; na dzień 31 grudnia 2010 – 1458, na dzień 31 grudnia 2011 – 1469, na dzień 31 grudnia 2012 – 1620, na dzień 31 lipca 2013 – 829.

Metodologia badań własnych

Dane socjodemograficzne

W badaniach uczestniczyły 433 osoby hemodializowane za pomocą przetoki tętniczko-żylniej, w tym 192 kobiety i 239 mężczyzn. 250 osób to osoby bez rozpoznanej cukrzycy, 126 osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2, a 57 osób z cukrzycą typu 1.

W badanej grupie kobiet, najwyższa średnia wieku była wśród dializowanych bez rozpoznanej cukrzycy, najniższa natomiast wśród dializowanych z rozpoznaną cukrzycą typu 1. W grupie mężczyzn, największa średnia wieku była wśród dializowanych z cukrzycą typu 2, a najniższa wśród dializowanych z cukrzycą typu 1. Większość ankietowanych to mieszkańcy miast. Znacząca większość ankietowanych nie deklarowała występowania w rodzinie chorób nerek. Średni czas trwania choroby nerek u dializowanych jest bardzo zróżnicowany – chorzy bez rozpoznanej cukrzycy (108,91 miesiąca), chorzy z cukrzycą typu 1 (69,46 miesiąca). Średni czas stosowania leczenia nerkozastępczego. Najdłużej dializowani są chorzy bez rozpo-

znanej cukrzycy (63,73 miesiąca), natomiast najkrócej chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 (30,08 miesiąca).

Wśród hemodializowanych bez stwierdzonej cukrzycy zdecydowanie najczęstszą przyczyną niewydolności nerek jest kłębuszkowe zapalenie nerek (72,8%). Nadciśnienie tętnicze krwi 16,0%, wielotorbielowatość nerek 8%, refluks pęcherzowo-moczowodowy 2,8%, 0,4% to przyczyna nieznana.

W grupie osób dializowanych ze stwierdzoną cukrzycą typu 1, główną przyczyną niewydolności jest nefropatia cukrzycowa – 50,90%, kłębuszkowe zapalenie nerek 33,34%, natomiast w 15,76% wielotorbielowatość nerek.

W grupie osób dializowanych ze stwierdzoną cukrzycą typu 2, główną przyczyną niewydolności jest nefropatia cukrzycowa – 73,80%, kłębuszkowe zapalenie nerek 23,03%, wielotorbielowatość nerek 3,17%.

Na pytanie o przebyte choroby, dializowani najczęściej podawali udar mózgu. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 8%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 11%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 3%. Na drugim miejscu był przebyty zawał serca. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 4%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 6%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 2%.

Duża część ankietowanych pacjentów przed wytworzeniem przetoki tętniczo-żylnej była dializowana za pomocą cewnika czasowego. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 47,60%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 62,70%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 59,65%. Znaczna część ankietowanych pacjentów przed wytworzeniem przetoki tętniczo-żylnej była dializowana za pomocą cewnika permanentnego. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 60,00%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 53,17%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 71,93%.

Grupa chorych, u której udało się wytworzyć przetokę tętniczo-żylną przed zaistnieniem koniecznością włączenia do programu hemodializ (wyprzedzająco). Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 24,8%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 15,08%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 3,5%. Jako przyczynę niewydolności przetoki tętniczo-żylnej większość ankietowanych podała zakrzepicę. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 95%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 97%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 99%. Zakażenia to przyczyna niewydolności przetoki tętniczo-żylnej u 2% chorych bez rozpoznanej cukrzycy – 1%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2, chorzy z cukrzycą typu 1 nie wskazywali w odpowiedzi zakażenia jako przyczyny niewydolności przetoki tętniczo-żylnej. Pozostały odsetek stanowią przyczyny nieznane.

Duża część dializowanych, którzy zgodzili się na przeprowadzenie badania była kwalifikowana do przeszczepu nerki. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 39%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 42%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 46%. Wśród ankietowanych znalazły się osoby po przebyłym przeszczepie nerki, który został jednak utracony z powodu choroby podstawowej, która doprowadziła do niewy-

dolności nerek własnych pacjenta. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 10%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 14%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 9%.

Podobnie jak w statystykach „Poltransplantu” i wśród dializowanych, którzy przeszli już przeszczep nerki, przeważają biorcy od dawcy zmarłego. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 95%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 97%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 98%. Pozostałą część stanowią chorzy – biorcy przeszczepów rodzinnych.

Bardzo duży odsetek chorych hemodializowanych leczy się z powodu nadciśnienia tętniczego krwi. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – 66,80%, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – 75,40%, chorzy z cukrzycą typu 1 – 57,90%.

Mimo schyłkowej niewydolności nerek i leczenia nerkozastępczego, część chorych oddaje mocz. Chorzy bez rozpoznanej cukrzycy – średnio 373,95 ml/dobę, chorzy z rozpoznaną cukrzycą typu 2 – średnio 278,32 ml/dobę, chorzy z cukrzycą typu 1 – średnio 158,42 ml/dobę.

Cel badań

Celem badań była próba oceny długości funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej u chorych hemodializowanych, u których nie stwierdzono obecności cukrzycy i chorych hemodializowanych ze stwierdzoną cukrzycą. Na podstawie własnych doświadczeń i analizy wybranej literatury sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy długość funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej u dializowanych ze stwierdzoną cukrzycą znacznie odbiega od długości funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej u dializowanych bez cukrzycy?
2. Czy dializowani ze stwierdzoną cukrzycą wymagają wytworzenia takiej samej liczby przetok tętniczo-żylnych, co dializowani bez cukrzycy?
3. Czy istnieje różnica w długości funkcjonowania przetoki tętniczo-żylniej u dializowanych ze stwierdzoną cukrzycą typu 2 a dializowanych z cukrzycą typu 1?
4. Czy dializowani ze stwierdzoną cukrzycą typu 2 wymagają wytworzenia takiej samej liczby przetok tętniczo-żylnych, co dializowani z cukrzycą typu 1?
5. Jaki jest czas funkcjonowania kolejnych przetok tętniczo-żylnych u dializowanych w poszczególnych grupach chorych: bez cukrzycy, z cukrzycą typu 2, z cukrzycą typu 1.

Metody badawcze

Do weryfikacji problemów badawczych posłużono się techniką ankiety przy użyciu narzędzia, jakim był kwestionariusz ankiety oraz analizą danych zawartych w doku-

mentacji medycznej. Kwestionariusz ankiety składał się z 53 pytań, większość pytań to pytania zamknięte. Nie wszystkie pytania dotyczyły każdego z ankietowanych.

Pierwsze pytania dotyczyły danych socjodemograficznych. Kolejne pytania obejmowały historię choroby pacjenta: przyczynę niewydolności nerek, czas trwania choroby, obecność nadciśnienia tętniczego, przebyty przeszczep nerki, czas trwania hemodializ. Ostatnią grupę pytań stanowiły pytania dotyczące głównie dostępów do hemodializ, a szczególnie przetok tętniczo-żylnych: czas funkcjonowania, liczba kolejnych przetok, przyczyny niewydolności przetoki.

Badania przeprowadzono w okresie marzec–maj 2012 roku wśród pacjentów dializowanych w 9 stacjach dializ na terenie Górnego Śląska. Pacjenci, którzy wyrazili zgodę na badanie, zostali poinformowani o sposobie wypełniania ankiety oraz o jej anonimowości. Znaczna większość ankiet wypełniana była w obecności osoby prowadzącej badania.

Badania przeprowadzono na grupie 433 osób z niewydolnością nerek, które były z tego powodu dializowane, w tym 192 kobiety i 239 mężczyzn. W badanej grupie 250 osób stanowiły osoby bez cukrzycy, 57 cierpiało na cukrzycę typu 1 i 126 na cukrzycę typu 2. Osoby badane były dializowane w okresie od 7 do 321 miesięcy. Średnia rozkładu okresu dializowania wyniosła 51,36 miesięcy, jego odchylenie standardowe 43,689 miesięcy, mediana to 37 miesięcy, a percentyle 25 i 75 to odpowiednio 25 miesięcy i 62,5 miesiąca. Rozkład jest zatem silnie niesymetryczny, a zróżnicowanie pomiędzy osobami jest bardzo duże. Porównanie okresów dializowania w analizowanych podgrupach przedstawione jest poniżej.

Tabela 1. Statystyki opisowe okresu od początku dializowania w badanych grupach

	N	M	SD	SE	95% przedział ufności		min.	maks.
					dolna granica	górną granica		
Kontrolna	250	63,86	51,800	3,276	57,41	70,31	7	321
Cukrzyca typu 1	57	43,54	22,974	3,043	37,45	49,64	12	114
Cukrzyca typu 2	126	30,08	14,769	1,316	27,48	32,68	8	93
Ogółem	433	51,36	43,689	2,100	47,23	55,48	7	321

N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; SE – błąd standardowy

Jak widać, grupy różnią się wyraźnie pod względem czasu dializowania. Ponieważ w oczywisty sposób może on wiązać się z czasem funkcjonowania przetok (stanowi jego górną granicę), jego uboczny wpływ będzie musiał zostać skontrolowany w modelu.

Pytania badawcze

W niniejszym badaniu postawiono następujące pytania:

1. Czy osoby z cukrzycą mają większe problemy w funkcjonowaniu przetoki, wyrażające się liczbą przetok i czasem utrzymywania się pierwszej z nich oraz najdłużej funkcjonującej, niż osoby zdrowe?
2. Czy osoby z cukrzycą różnych typów mają różne nasilenie problemów w funkcjonowaniu przetoki?

W nawiązaniu do postawionych pytań sformułowano następujące hipotezy:

1. Osoby z cukrzycą mają większe problemy w funkcjonowaniu przetoki, niż osoby zdrowe.
2. Pytanie zostało potraktowane eksploracyjnie.

Do analiz zależności pomiędzy obecnością i typem cukrzycy a czasem działania przetoki zastosowano analizę wariancji ANOVA tej zmiennej. Czynniki analizy były obecność cukrzycy z podziałem na jej typ (3 wartości zmiennej), czas od rozpoczęcia hemodializ, wyrażony przedziałami oraz interakcja tych czynników. Do oceny zależności pomiędzy obecnością cukrzycy a liczbą zastosowanych przetok zastosowano test χ^2 -Pearsona.

Prezentacja wyników badań

Cukrzyca a czas działania pierwszej przetoki

W tabeli poniżej zaprezentowano statystyki opisowe (średnie, odchylenia standardowe i liczebności) czasu działania pierwszej przetoki w grupach wyodrębnionych ze względu na obecność cukrzycy i czas od momentu rozpoczęcia dializ.

Tabela 2. Statystyki opisowe czasu działania pierwszej przetoki w wyodrębnionych podgrupach

Stan zdrowia	Czas od podjęcia hemodializ	M	SD	N
Bez cukrzycy (kontrolni)	Do 2 lat	13,04	6,311	49
	2 do 3 lat	20,68	6,124	37
	3 do 5 lat	29,73	10,990	67
	Powyżej 5 lat	66,65	46,265	97
	Ogółem	39,44	37,062	250
Cukrzyca typu 1	Do 2 lat	11,78	6,534	9
	2 do 3 lat	21,95	8,714	19
	3 do 5 lat	28,20	10,516	20
	Powyżej 5 lat	32,44	22,103	9
	Ogółem	24,19	13,453	57

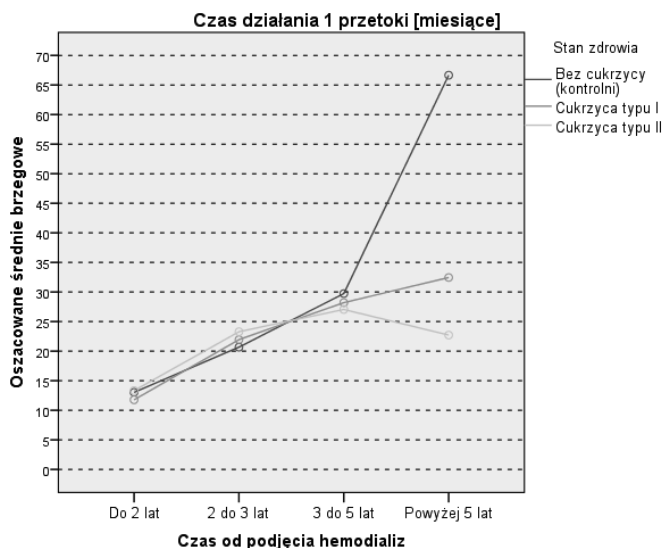
Cukrzyca typu 2	Do 2 lat	13,32	5,505	47
	2 do 3 lat	23,28	5,917	53
	3 do 5 lat	27,05	9,975	19
	Powyżej 5 lat	22,71	4,309	7
	Ogółem	20,10	8,382	126
Ogółem	Do 2 lat	13,06	5,937	105
	2 do 3 lat	22,17	6,588	109
	3 do 5 lat	28,96	10,683	106
	Powyżej 5 lat	61,20	45,336	113
	Ogółem	31,81	30,280	433

Test Levene'a równości wariancji błędu wykazał, że grupy różnią się istotnie i bardzo znacznie pod tym względem (czas działania pierwszej przetoki). Interpretując zatem wyniki badania należy wziąć pod uwagę zniekształcenia, jakie mogą wynikać ze specyfiki tej zmiennej.

Tabela 3. Testy efektów międzyobektowych ANOVA czasu działania 1 przetoki (p – poziom istotności)

Źródło	Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	Cząstkowe Eta ²
Model skorygowany	166532,548	11	15139,323	27,765	,000	,420
Stała	152598,856	1	152598,856	279,864	,000	,399
grupa	7900,982	2	3950,491	7,245	,001**	,033
Czas_HD	18694,533	3	6231,511	11,429	,000**	,075
grupa * Czas_HD	17588,428	6	2931,405	5,376	,000**	,071
błąd	229554,542	421	545,260			
Ogółem	834183,000	433				
Ogółem skorygowane	396087,090	432				

Jak widać z powyższej tabeli, wszystkie efekty są istotne, przy czym najwyższe cząstkowe Eta² (miara określająca proporcję wariancji wyjaśnianej przez efekt) ma interakcja obu czynników. Istotę zależności oddaje wykres oszacowanych średnich brzegowych (miary biorącej poprawkę na wpływy pozostałych zmiennych w modelu) czasu działania 1 przetoki w grupach wyróżnionych ze względu na kombinacje zmiennych niezależnych.



Wykres 1. Oszacowane średnie brzegowe; czas od podjęcia hemodializy; czas działania 1 przetoki

W przypadku osób dializowanych w okresie do 5 lat, nie ma istotnych różnic między osobami z cukrzycą a osobami zdrowymi, co wydaje się uzasadnione, ponieważ relatywnie krótki okres dializowania wyraźnie limituje górną granicę działania przetoki. Natomiast w grupie najdłużej dializowanych, czas działania przetoki jest już bardzo zróżnicowany. Grupa kontrolna ma znacznie dłuższy czas działania pierwszej przetoki, niż obie grupy z cukrzycą, a grupa z cukrzycą typu 2 ma czas funkcjonowania pierwszej przetoki nieco krótszy, niż grupa z cukrzycą typu 1, ale z uwagi na duże zróżnicowanie wyników, ta różnica nie osiąga poziomu istotności statystycznej.

Potwierdzają to porównania interakcyjne, które zaprezentowane zostały w tabeli poniżej. Jak widać w przypadku pierwszych 3 przedziałów okresu dializowania, średnie każdej z grup (z cukrzycą i bez) mieszczą się w przedziałach ufności pozostałych grup. W przypadku osób najdłużej dializowanych, średnie dla chorych z cukrzycą są poniżej przedziału ufności dla grupy kontrolnej, natomiast średnia dla grupy z cukrzycą typu 1 mieści się w przedziale ufności dla grupy z cukrzycą typu 2 i odwrotnie.

Tabela 4. Czas działania pierwszej przetoki – zależności interakcyjne

Stan zdrowia	Czas od podjęcia hemodializ	M	SE	95% przedział ufności	
				Dolna gr.	Górna gr.
Bez cukrzycy (kontrolni)	Do 2 lat	13,041	3,336	6,484	19,598
	2 do 3 lat	20,676	3,839	13,130	28,221
	3 do 5 lat	29,731	2,853	24,124	35,339
	Powyżej 5 lat	66,649	2,371	61,989	71,310
Cukrzyca typu 1	Do 2 lat	11,778	7,784	-3,522	27,077
	2 do 3 lat	21,947	5,357	11,417	32,477
	3 do 5 lat	28,200	5,221	17,937	38,463
	Powyżej 5 lat	32,444	7,784	17,145	47,744
Cukrzyca typu 2	Do 2 lat	13,319	3,406	6,624	20,014
	2 do 3 lat	23,283	3,207	16,978	29,588
	3 do 5 lat	27,053	5,357	16,523	37,583
	Powyżej 5 lat	22,714	8,826	5,366	40,062

Cukrzyca a czas działania najdłużej działającej przetoki

W tabeli poniżej zaprezentowano statystyki opisowe (średnie, odchylenia standardowe i liczebności) czasu działania najdłużej działającej przetoki, w grupach wyodrębnionych ze względu na obecność cukrzycy i czas od momentu rozpoczęcia dializ.

Tabela 5. Statystyki opisowe czasu działania najdłużej działającej przetoki w wyodrębnionych podgrupach

Stan zdrowia	Czas od podjęcia hemodializ	M	SD	N
Bez cukrzycy (kontrolni)	Do 2 lat	13,04	6,311	49
	2 do 3 lat	20,81	5,887	37
	3 do 5 lat	31,96	8,495	67
	Powyżej 5 lat	78,22	48,090	97
	Ogółem	44,55	41,070	250
Cukrzyca typu 1	Do 2 lat	11,78	6,534	9
	2 do 3 lat	22,37	8,180	19
	3 do 5 lat	28,75	9,733	20
	Powyżej 5 lat	40,89	14,752	9
	Ogółem	25,86	12,889	57
Cukrzyca typu 2	Do 2 lat	13,32	5,505	47
	2 do 3 lat	23,28	5,917	53
	3 do 5 lat	27,74	9,164	19
	Powyżej 5 lat	26,43	5,094	7
	Ogółem	20,41	8,465	126

Ogółem	Do 2 lat	13,06	5,937	105
	2 do 3 lat	22,28	6,387	109
	3 do 5 lat	30,59	8,956	106
	Powyżej 5 lat	72,04	47,331	113
	Ogółem	35,06	33,769	433

Ponownie test Levene'a równości wariancji błędu wykazał, że grupy różnią się istotnie pod tym względem, co trzeba będzie wziąć pod uwagę analizując wyniki.

Tabela 6. Testy efektów międzyobiektywnych ANOVA czasu działania najdłużej działającej przetoki (p – poziom istotności)

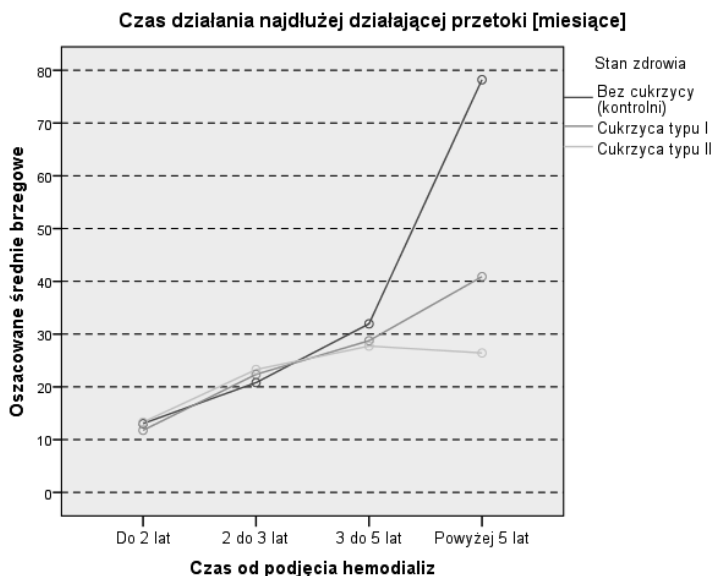
Źródło	Typ III sumy kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p	Cząstkowe Eta ²
Model skorygowany	252724,295	11	22974,936	40,318	,000	,513
Stała	181051,048	1	181051,048	317,724	,000	,430
grupa	11214,275	2	5607,137	9,840	,000**	,045
Czas_HD	29896,869	3	9965,623	17,489	,000**	,111
grupa * Czas_HD	22660,280	6	3776,713	6,628	,000**	,086
błąd	239901,895	421	569,838			
Ogółem	1025013,000	433				
Ogółem skorygowane	492626,189	432				

Jak widać, ponownie wszystkie efekty są istotne, przy czym najwyższe cząstkowe Eta² ma czas od rozpoczęcia dializ, a następnie interakcja obu czynników.

Istotę zależności oddaje wykres oszacowanych średnich brzegowych czasu funkcjonowania najdłużej działającej przetoki w grupach wyróżnionych ze względu na kombinacje zmiennych niezależnych. Profil wyników jest analogiczny, jak przy czasie działania pierwszej przetoki. W przypadku osób dializowanych w okresie do 5 lat, nie ma istotnych różnic między osobami z cukrzycą a innymi osobami. Natomiast w grupie najdłużej dializowanych, czas działania przetoki jest zróżnicowany tak, jak poprzednio. Grupa kontrolna ma znacznie dłuższy czas działania pierwszej przetoki, niż obie grupy z cukrzycą, a grupa z cukrzycą typu 2 ma czas funkcjonowania pierwszej przetoki nieco krótszy, niż grupa z cukrzycą typu 1, ale z uwagi na duże zróżnicowanie wyników, ta różnica nie osiąga poziomu istotności statystycznej.

Potwierdzają to porównania interakcyjne, które zaprezentowane zostały w tabeli poniżej. Jak widać w przypadku pierwszych 3 przedziałów okresu dializowania, średnie każdej z grup (z cukrzycą i bez) mieszczą się w przedziałach ufności pozostałych grup. W przypadku osób najdłużej dializowanych, średnie dla chorych z cukrzycą są poniżej przedziału ufności dla grupy kontrolnej, natomiast średnia dla

grupy z cukrzycą typu 1 mieści się w przedziale ufności dla grupy z cukrzycą typu 2 i odwrotnie.



Wykres 2. Oszacowane średnie brzegowe; czas od podjęcia hemodializacji; czas działania najdłużej działającej przetoki

Tabela 7. Czas działania najdłużej działającej przetoki – zależności interakcyjne

Stan zdrowia	Czas od podjęcia hemodializacji	M	SE	95% przedział ufności	
				Dolna gr.	Górna gr.
Bez cukrzycy (kontrolni)	Do 2 lat	13,041	3,410	6,338	19,744
	2 do 3 lat	20,811	3,924	13,097	28,525
	3 do 5 lat	31,955	2,916	26,223	37,688
	Powyżej 5 lat	78,216	2,424	73,452	82,981
Cukrzyca typu 1	Do 2 lat	11,778	7,957	-3,863	27,418
	2 do 3 lat	22,368	5,476	11,604	33,133
	3 do 5 lat	28,750	5,338	18,258	39,242
	Powyżej 5 lat	40,889	7,957	25,248	56,529
Cukrzyca typu 2	Do 2 lat	13,319	3,482	6,475	20,163
	2 do 3 lat	23,283	3,279	16,838	29,728
	3 do 5 lat	27,737	5,476	16,972	38,501
	Powyżej 5 lat	26,429	9,022	8,694	44,163

W podsumowaniu należy stwierdzić, że różnice w działaniu przetoki, co całkiem logiczne, nie dają się zaobserwować u osób, które nie są dializowane co najmniej 5 lat. W takiej grupie długo dializowanych osób różnice w czasie działania przetoki na korzyść osób bez cukrzycy są bardzo wyraźne, a chorzy z cukrzycą typu 2 mają gorsze wyniki, niż chorzy z cukrzycą typu 1, ale ta różnica może już być artefaktem. Wyniki działania pierwszej przetoki i najdłużej działającej przetoki są w zasadzie tożsame.

Cukrzyca a liczba przetok wykonywanych w czasie trwania choroby

Tabela poniżej przedstawia liczebności osób o określonej ilości wytworzonych przetok w grupach wyodrębnionych ze względu na obecność i typ cukrzycy.

Tabela 8. Proporcje (liczebność i procenty) w liczbie przetok u osób z cukrzycą różnych typów i bez cukrzycy

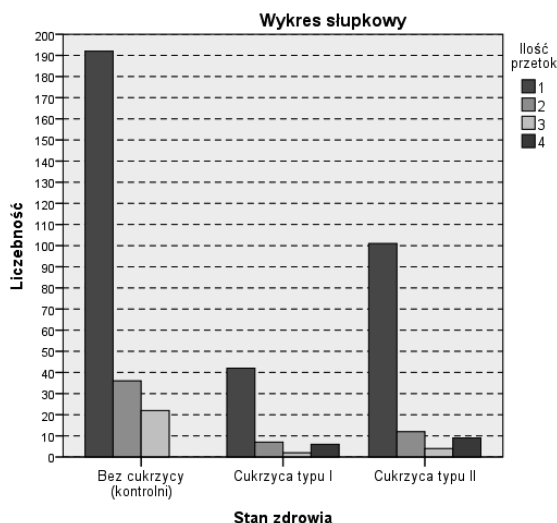
			liczba przetok				Ogółem
			1	2	3	4	
Stan zdrowia	Bez cukrzycy (kontrolni)	N	192	36	22	0	250
		%	76,8%	14,4%	8,8%	0,0%	100,0%
	Cukrzyca typu 1	N	42	7	2	6	57
		%	73,7%	12,3%	3,5%	10,5%	100,0%
	Cukrzyca typu 2	N	101	12	4	9	126
		%	80,2%	9,5%	3,2%	7,1%	100,0%
Ogółem		N	335	55	28	15	433
		%	77,4%	12,7%	6,5%	3,5%	100,0%

Wyniki pokazują, że osoby z cukrzycą częściej mają w swojej historii choroby tworzone 4 przetoki, a rzadziej 3. Wyniki testu χ^2 -Pearsona pokazują, że obserwowane różnice są istotne statystycznie.

Tabela 9. Wyniki testu Chi-kwadrat proporcji w liczbie przetok

	Wartość	df	p
Chi-kwadrat Pearsona	28,591	6	,000**
Iloraz wiarygodności	33,669	6	,000
Test związku liniowego	,704	1	,402
N ważnych obserwacji	433		

Różnice te zilustrowane są dodatkowo na poniższym wykresie. Wykres ten ujawnia, że obie grupy chorych na cukrzycę mają prawie identyczny profil wyników.



Wykres 3. Liczba kolejno wykonanych przetok w poszczególnych grupach chorych (bez cukrzycy, z cukrzycą typu 1, z cukrzycą typu 2).

Aby więc uczynić analizę, ponowiono porównania, tym razem łącząc dwa typy cukrzycy w jedną grupę. Tabela poniżej przedstawia liczebności osób o określonej liczbie wytworzonych przetok w grupach wyodrębnionych ze względu na obecność cukrzycy.

Tabela 10. Proporcje (liczebność i procenty) w liczbie przetok u osób z cukrzycą różnych typów i bez cukrzycy

			Liczba przetok				Ogółem
			1	2	3	4	
Stan zdrowia	Bez cukrzycy	N	192	36	22	0	250
		%	76,8%	14,4%	8,8%	0,0%	100,0%
	Cukrzyca	N	143	19	6	15	183
		%	78,1%	10,4%	3,3%	8,2%	100,0%
Ogółem		N	335	55	28	15	433
		%	77,4%	12,7%	6,5%	3,5%	100,0%

Wyniki pokazują, że osoby z cukrzycą częściej mają w swojej historii choroby tworzone 4 przetoki, rzadziej 3, rzadziej 2, a równie często jedną przetokę. Wyniki testu χ^2 -Pearsona pokazują, że obserwowane różnice są istotne statystycznie.

Tabela 11. Wyniki testu Chi-kwadrat proporcji w liczbie przetok

	0,5	df	p
Chi-kwadrat Pearsona	26,840	3	,000**
Iloraz wiarygodności	32,640	3	,000
Test związku liniowego	1,687	1	,194
N ważnych obserwacji	433		

Dyskusja

Cukrzyca obecnie stanowi piątą przyczynę zgonów w skali ogólnoswiatowej. Każdego roku z powodu cukrzycy umiera blisko 3 miliony chorych, co oznacza, że co 10 sekund umiera z powodu cukrzycy jedna osoba. Prognoza WHO na rok 2025 przewiduje wzrost liczby chorych na cukrzycę na świecie do 333 milionów. Według International Diabetes Federation każdego roku odnotowuje się 7 milionów nowych zachorowań na cukrzycę. W Polsce obecnie na cukrzycę choruje ponad 2 miliony osób, ale jedynie 50% z tej liczby to pacjenci z leczoną cukrzycą. Pozostałą część stanowią chorzy z cukrzycą dotąd nierozpoznaną lub nieleczoną.

Biorąc pod uwagę fakt, iż cukrzyca stanowi najczęstszą przyczynę przewlekłej niewydolności nerek, a co czwarty pacjent rozpoczynający leczenie hemodializami to pacjent z cukrzycą – proporcjonalnie do wzrostu nowych zachorowań na cukrzycę można spodziewać się wzrostu pacjentów dializowanych z rozpoznaną cukrzycą. Można nawet przypuszczać, że pacjenci z cukrzycą będą wkrótce stanowić wśród rozpoczynających dializy największą grupę.

Niestety, mimo wielu lat doświadczeń w dializoterapii, zapewnienie optymalnego dostępu do hemodializy nadal pozostaje wielkim wyzwaniem zarówno dla chirurgów naczyniowych, jak i nefrologów. Szczególnie trudną grupę pacjentów stanowią pacjenci z cukrzycą. Wykazano, że stosowanie u hemodializowanych przetok z użyciem sztucznego materiału i cewników centralnych powoduje istotny wzrost śmiertelności. Łączy się to ze wzrostem chorobowości i hospitalizacji tych chorych, a co za tym idzie – częstym nakłuwaniem żył w celu pobrania krwi do badań lub podawania leków. NKF DOQI Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis Vascular Access opracowało obowiązujące zalecenia wytworzenia dostępu naczyniowego, które można streścić w dwóch punktach: po pierwsze – wytwarzanie przetok z naczyń własnych pacjenta, po drugie – przez cały okres użytkowania przetoki monitorowanie ich funkcjonowania w celu wczesnego wykrywania ich dysfunkcji i patologii. Wydaje się istotne wytworzenie przetoki tętniczko-żylną wyprzedzająco, tzn. jeszcze przed koniecznością rozpoczęciem dializ, a co za tym idzie uniknięcie stosowania cewników centralnych i związanych z nimi powikłań. Z przeprowadzonych badań wynika natomiast, że przetoka do dializ wyprzedzająco została wytworzona

u 3,5% dializowanych z cukrzycą typu 1, 15,8% dializowanych z cukrzycą typu 2 i 24,8% dializowanych bez cukrzycy. Naczynia chorych dializowanych są niezwykle kruche – wynika to zarówno z choroby zasadniczej (PChN), jak i chorób współwystępujących: zapalenia naczyń krwionośnych, otyłości, nadciśnienia tętniczego i w końcu, oczywiście – cukrzycy. Z przeprowadzonych wśród pacjentów badań wynika, że nadciśnienie tętnicze występuje u: 66,8% dializowanych bez cukrzycy, 75,4% dializowanych z cukrzycą typu 2, 57,9% dializowanych z cukrzycą typu 1. Nie bez znaczenia jest także wiek pacjenta oraz styl jego życia, np. palenie tytoniu. Wszystkie wyżej wymienione choroby sprzyjają rozwojowi miażdżycy, a co za tym idzie pogorszeniu stanu naczyń krwionośnych. Opieka nad pacjentem hemodializowanym jak najbardziej powinna być opieką holistyczną. Przeprowadzone badania ukazały mnogość problemów zdrowotnych pacjentów dializowanych. Okazuje się, że z opieki jedynie nefrologa korzysta: 9% chorych dializowanych bez cukrzycy, 2% chorych z cukrzycą typu 2 i 1% chorych z cukrzycą typu 1. Z pomocy kardiologa korzysta aż 51% chorych dializowanych bez cukrzycy, 63% chorych z cukrzycą typu 2, 42% chorych z cukrzycą typu 1. Do urologa natomiast uczęszcza: 25% chorych dializowanych bez cukrzycy, 26% chorych z cukrzycą typu 2, 23% procent chorych z cukrzycą typu 1. Do diabetologa udaje się: 16% chorych dializowanych bez stwierdzonej cukrzycy, 99% dializowanych ze stwierdzoną cukrzycą typu 2, 98% chorych ze stwierdzoną cukrzycą typu 1. Do wizyt u psychiatry przyznaje się jedynie: 8% chorych dializowanych bez cukrzycy, 3% dializowanych z cukrzycą typu 2, 3% chorych z cukrzycą typu 1. Z własnych obserwacji w pracy z pacjentami w schyłkowym stadium niewydolności nerek oraz analizowanej literatury – stwierdzić można, że odsetek chorych korzystających z pomocy psychiatry jest o wiele większy. Rozpowszechnienie i nasilenie objawów lękowych i depresyjnych są bowiem w tej grupie chorych znaczne, a źródła donoszą, że występowanie depresji wśród hemodializowanych sięga 30–80%.

W pracy postawiono pytania badawcze, mające na celu określenie, czy pacjenci z cukrzycą mają większe problemy z utrzymaniem sprawnej przetoki tętniczo-żylniej niż chorzy bez cukrzycy. Na podstawie przeprowadzonych badań wśród 433 osób z niewydolnością nerek, które były z tego powodu dializowane, w tym 192 kobiet i 239 mężczyzn, gdzie 250 osób stanowiły osoby bez cukrzycy, u 57 osób stwierdzono obecność cukrzycy typu 1, a u 126 osób cukrzycę typu 2 – można uznać, że hipoteza została potwierdzona. Jednak u pacjentów dializowanych poniżej 5 lat różnica pomiędzy grupą pacjentów bez cukrzycy a grupą pacjentów z cukrzycą jest niewielka. W kolejnej hipotezie założono, że chorzy z cukrzycą wymagają wytworzenia większej liczby przetok niż chorzy bez cukrzycy. Również ta hipoteza została potwierdzona – różnice pomiędzy poszczególnymi grupami są wyraźne. Zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę czwartą z kolei wytwarzaną przetokę. Wśród 183 chorych z cukrzycą 15 osób wymagało wytworzenia czwartej przetoki, natomiast

w grupie kontrolnej (chorzy bez cukrzycy) czwartej przetoki nie wytworzono u żadnego chorego. Kolejne pytanie badawcze dotyczyło czasu utrzymywania się pierwszej wytworzonej przetoki. Badania udowodniły, że czas funkcjonowania pierwszej przetoki w grupie dializowanych bez cukrzycy jest znacznie dłuższy niż w grupie dializowanych z cukrzycą. Dokonano analizy danych w rozbiciu na cukrzycę typu 1 i cukrzycę typu 2. Określono liczbę wytwarzanych przetok u chorych z cukrzycą typu 1 i cukrzycą typu 2 w okresie dializoterapii. Badania dowiodły, że obie grupy chorych na cukrzycę mają prawie identyczny profil wyników. Aby uczynić analizy, ponowiono porównania łącząc oba typy cukrzycy w jedną grupę. Wyniki pokazują, że osoby z cukrzycą częściej mają w swojej historii choroby tworzone 4 przetoki, rzadziej 3, rzadziej 2, a równie często jedną przetokę. Wyniki testu χ^2 -Pearsona pokazują, że obserwowane różnice są istotne statystycznie. Badania dowiodły, że cukrzyca ma wpływ zarówno na długość funkcjonowania przetoki, a także na liczbę wytwarzanych w okresie hemodializoterapii dostępów naczyniowych.

Bibliografia

1. American Diabetes Association: Position statement: Diabetic nephropathy. *Diabetes Care* 1999, 22 (supl. 1), 66, 69.
2. Białobrzęska B, Kliś A, Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy? *Via Medica*, Gdańsk 2009.
3. Białobrzęska B, Kliś A, Kawecka A, Marian G, Urbaniak M, Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializ. *Via Medica*, Gdańsk 2009.
4. Białobrzęska B, Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy. *Forum Nefrologiczne* 2009, 2 (3), 202–210.
5. Białobrzęska B, Jak dbać o dostęp naczyniowy do hemodializy. *Forum Nefrologiczne* 2009, 2 (4), 266–274.
6. Bonucchi D, Cappelli G, Alberfazzi A, Which is the preferred vascular access in diabetic patients? A view from Europe. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2002, 17, 20.
7. Bronowicz A, Rozpoznawanie i postępowanie w przewlekłej chorobie nerek. *Medycyna po Dyplomie* 2010, 6, 102–109.
8. Bronowicz A, Zasady postępowania w przewlekłej chorobie nerek. *Medycyna po Dyplomie* 2010, 5, 56–62.
9. Brzychczy A, Lejman W, Drożdż W, Chirurgiczna ocena przetok tętniczo – żylnych wykonanych dla potrzeb przewlekłej hemodializy u chorych z powstałą na tle cukrzycy wtórną niewydolnością nerek. *Acta Angiologica* 2002, 8, 49 (abstr.).
10. Brzychczy A, Lejman W, Kraśnicka M, Powikłania przetok tętniczo-żylnych wytwarzanych u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek w przebiegu pierwotnych i wtórnych nefropatii. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2006, 10, 21–26.
11. Chęciński P, Czekański S, Oszkinis G, Zapalski S, Red. *Dostępy naczyniowe do dializ*. Urban & Partner, Wrocław 2001.

12. Cockcroft DW, Gault MH, Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron* 1976, 16, 31–41.
13. Czekalski S, Cukrzycowa choroba nerek (nefropatia cukrzycowa) i inne choroby nerek w cukrzycy. Termedia Wyd. Medyczne, Poznań 2007.
14. Drzewoski J, Saryusz-Wolska M, Czupryniak L, Występowanie cukrzycy typu 2 i wybranych zaburzeń metabolicznych w populacji miejskiej osób dorosłych powyżej 35 roku życia. *Pol. Arch. Med. Wew.* 2001, 106, 787–791.
15. Dzieńkiewicz M, Wierzbicki O, Prokopiuk-Wierzbicka M, Obara A, Wańkowicz Z, Maruszyński M, Dostęp naczyniowy do hemodializy – doświadczenia własne. *Pol. Merk. Lek.* 2008, 24, 142, 316.
16. European Society of Cardiology (ESC) i European Association for the Study of Diabetes (EASD), Wytyczne dotyczące cukrzycy, stanu przedcukrzycowego i chorób układu krążenia.
17. Evans Timothy C, Capell P, Diabetic nephropathy, *Diabetologia Praktyczna* 2001, 2, 1, 15–23.
18. Grochowicki T, Jakimowicz T, Gałązka Z et al., Wpływ cukrzycy na czynność przetok tętniczo-żylnych do dializ wytworzonych na naczyniach przedramienia. *Pol. Przeg. Chir.* 2002, 74, 536.
19. Jakubas-Kolat J, Praca w stacji dializ z perspektywy doświadczenia pielęgniarki anestezjologicznej. *Geriatrics* 2010, 4 (1), 33–42.
20. Kokot F, Ficek R, Badania laboratoryjne istotne w rozpoznawaniu chorób nerek, [w:] Rutkowski B, Czekalski S (red.), *Standardy postępowania w rozpoznawaniu i leczeniu chorób nerek*. MAKmed, Gdańsk 2003, 63–70.
21. Konner K, Primary vascular Access in diabetic patients: an audit. *Nephropl. Dial. Transplant.* 2000, 15 (9), 1317–1325.
22. Kozłowski M, Manitus J, Przewlekła niewydolność nerek czy przewlekła choroba nerek? *Choroby Serca i Naczyń* 2005, 3, 131–135.
23. Koźmińska EM, Jak pomóc pacjentom z przewlekłą chorobą nerek uniknąć dializoterapii. *Medycyna po Dyplomie* 2011, 9, 95–102.
24. Krajewska M, Wende W, Kosmala W, Klinger M, Wpływ przetoki tętniczo-żylniej na układ krążenia u chorych ze szczególnym zagrożeniem sercowo-naczyniowym, *Pol. Merk. Lek.* 2006, 21, 122–145.
25. Król E, Rutkowski B, Przewlekła choroba nerek – klasyfikacja, epidemiologia, diagnostyka. *Forum Nefrologiczne* 2008, 1, 1, 1–6.
26. Levey AS, Eckhardt KU, Tsukamoto Y et al., Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 2005, 67, 2089–100.
27. Madziarska K, Banasik M, Chorzy na cukrzycę w programach hemodializy i dializy otrzewnowej – zagrożenia, których można uniknąć. *Problemy Lekarskie* 2006, 45, 3, 240–241.
28. Matuszkiewicz-Rowińska J, Wojtaszek E, Miejsce dializy otrzewnowej we współczesnym leczeniu nerkozastępczym u osób dorosłych. *Dializoterapia Polska* 2010, 2, 86–89.
29. Markovitz JS, Dostęp naczyniowy dla potrzeb hemodializy pozaustrojowej. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia* 2003, 6, 112–118.

30. Myśliwiec M, Przewlekła choroba nerek: wcześnie zgłosić, późno dializować. Wyniki badań IDEAL. *Medycyna po Dyplomie* 2010, 11, 25–26.
31. Myśliwiec M, Drabczyk R, Przewlekła niewydolność nerek, [w:] *Choroby wewnętrzne*, Szczeklik A (red.), Kraków, Medycyna Praktyczna 2009, 678–685.
32. Myśliwiec M, Małyшко J, Przewlekła niewydolność nerek, [w:] *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*, Daniluk J, Jurkowska G (red.), Lublin, Czelej 2005, 447–462.
33. Pietura R, Złuska W, Janicki K, Szczerbo-Trojanowska M, Podstawowe mianownictwo dotyczące przetoki dializacyjnej. *Przegląd Lekarski* 2001, 57 (12), 761–763.
34. Puka J, Cewniki do dużych naczyń, Schmidt J, Przetoki tętniczo-żylne, [w:] *Dializoterapia w codziennej praktyce*, Rutkowski B (red.), Gdańsk 1996.
35. Ritz E, Rychlik I, Miltenberger-Miltenyi G, Optimizing antihypertensive therapy in patients with diabetic nephropathy. *J. Hypertens.* 1998, 16 (supl.), 17–22.
36. Ritz E, Keller C, Bergis K, Strojek K, Pathogenesis and course of renal disease in IDDM/NIDDM: differences and similarities. *Am. J. Hypertens.* 1997, 10, 202–207.
37. Ross EA, Barri YMH, tłum. Król Z, Hemodializa, [w:] *Nefrologia*, Wilcom ChS, Tischer CC (red.), wyd. 1 polskie red. Klinger M, Urban & Partner, Wrocław 1997.
38. Rutkowski B, Czekalski S, Lao M, Kokot F, Development of the renal replacement therapy in Poland. *J Nephrol* 2006, 16 (Suppl 10), 159–164.
39. Rutkowski B (red.), *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarstwa*. Via Medica, Gdańsk 2008.
40. Rutkowski B, *Leczenie nerkozastępcze. Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Via Medica, Gdańsk 2010.
41. Rutkowski B, *Dializoterapia. Przewodnik dla pacjentów*. MAKmed, Gdańsk 2002.
42. Rutkowski B (red.), *Dializoterapia w praktyce pielęgniarstwa*. Via Medica 1998.
43. Rutkowski B, *Dializoterapia w praktyce lekarskiej*. MAKmedia, Gdańsk 2004.
44. Rutkowski B, Nowaczyk R, Rutkowski P, Mierzicki P, Wyniki badań QC vs QL 2010. Sposób prowadzenia hemodializy i terapii towarzyszącej. *Nefrologia i Dializoterapia Polska* 2011, 15, 10–15.

Iga Wąsowska¹, Małgorzata Ptaszyńska¹, Iwona Repka²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego UJCM

² Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Wpływ przewlekłego bólu neuropatycznego na poziom akceptacji własnej choroby

Influence of the chronic neuropathic pain on the acceptance of illness

Abstract

Chronic, neuropathic pain is a serious problem in medicine, primarily due to a significant degree of intensity of pain and resistance to traditional treatment. Also, restrictions which can lower self-esteem are connected with it and to influence of the acceptance own situation, which has a primary importance in case of the chronic disease. The purpose of the work was to the relationship between pain perception and the level of the disease acceptance of people sick with neuropathic pain and the chronic of back pain, under of the stationary care. Hundred-sixty patients with chronic pain, the study comprised patients of both sexes, and their age range from 25–85 years. Tested patients were divided into two groups. The first group of BN ($n = 100$), included patients with pain syndrome, such as: cranial neuralgia symptoms, peripheral neuropathies, complex regional pain syndrome. The second research group (PBK), included patients with chronic pain of back, the number to 60. The intensity of the pain has been collected employing following instruments: Numeric scale (NRS-Numeric Rating Scale), Verbal scale (VRS-Verbal Rating Scale). Assessment of the level of the disease acceptance using the scale of the AIS. Analysis of the harvested material of its own, has confirmed the impact of chronic pain on the level of the disease acceptance. Assessment of the intensity of the pain has diminished along with the height on the level of disease acceptance, in both treated groups, after a week of therapy.

Key words: chronic pain, neuropathic pain, acceptance of illness

Wprowadzenie

Z bólem przewlekłym związane są ograniczenia, które mogą obniżać poczucie własnej wartości, a tym samym wpływać na akceptację własnej sytuacji, odgrywającej zasadniczą rolę w przypadku choroby przewlekłej. Również stopień przystosowania do choroby zależy od przekonań dotyczących poziomu kontroli, co ulega zmianie pod wpływem stanu zdrowia [1].

Ból przewlekły pozwala zwiększać kontrolę nad zachowaniem, które wzmacniające są poprzez stosunek do problemów pacjenta. Uzewewnętrznienie doznań bólowych

[2] wywiera wpływ na percepcję bólu i po pewnym czasie powoduje wzrost natężenia odczuwanego bólu. W kontroli bólu przewlekłego należy uwzględnić związek pomiędzy myśleniem i fizycznymi odczuciami – pozwoli to na zrozumienie długotrwałego bólu, w którym zarówno ciało, jak i umysł odgrywają niezaprzeczalną rolę. Umysł funkcjonuje jako rodzaj filtru (wpływa na intensywność doznań bólowych oraz ich istnienie), przez który przechodzą informacje o bólu [3].

Osoby doświadczające choroby przewlekłej, jak i bólu przewlekłego z czasem adaptują się do określonej sytuacji; wykorzystując zasoby osobowościowe. Odzwierciedla się to przez zaangażowanie (aktywność) [4] w ocenę własnych potrzeb, poczucie kontroli i wsparcie społeczne.

Poczucie własnej wartości jest wskaźnikiem psychospołecznego dobrostanu i uważany jest za jeden z wymiarów potencjału radzenia sobie z chorobą przewlekłą. Akceptacja własnej sytuacji wobec choroby przewlekłej poprawia jakość życia oraz integruje chorobę do określonej percepcji stylu życia [5].

Na percepcję bólu wpływają takie czynniki, jak: przekonania na temat bólu, dominujące w kulturze, w której człowiek się wychował, podejście rodziców do spraw cierpienia, znaczenie nadawane bólowi, okoliczności doznawania bólu i wcześniejsze doświadczenia z nim (czyli, czy umie się go skutecznie kontrolować). Każda osoba posiada własny sposób interpretowania doznań bólowych; to, w jaki sposób spostrzega i interpretuje ból będzie miało wpływ na jego jakość oraz doznania nasilające percepcje. Sposób interpretacji (przetwarzania bólu) może wywołać negatywne reakcje w formie zachowania i myślenia o nim, które zwiększają podatność na rozwój zespołu przewlekłego bólu. Spowodowane jest to wywieraniem wpływu procesów myślowych na funkcjonowanie mechanizmów bólu (w taki sposób, jak emocje i zachowania) [6, 7].

Według Price'a, ból jest interpretowany jako postrzeganie somatyczne, które zawiera uczucia płynące z ciała (charakterystyczne dla uszkodzenia tkanki). Takie doświadczenie zagrożenia generuje negatywne emocje, które wpływają na stan psychiczny organizmu. Autor na podstawie przeprowadzonych badań dowiódł, że emocje to subiektywne odczucia somatyczne, związane z różnym stanem ciała (satisfakcja związana z relaksem i spokojem; frustracja jako konsekwencja napięcia somatycznego; depresja to ogólne osłabienie, drętwienie, uczucie ciężkości i brak chęci do ruchu) [8].

Wrażliwość na ból wyznaczają dwa czynniki. Pierwszy z nich to próg bólu (stały, który wykazuje małą zmienność osobniczą), a drugi to wytrzymałość na ból (mieści się w szerokich granicach i jest zmienną osobniczą; przez wytrzymałość rozumie się brak reakcji obronnej pomimo działania bodźca bólowego o odpowiednio silnym natężeniu). Istotny wpływ na percepcję bólu i wytrzymałość na niego, ma stan psychiczny człowieka. W stanie lęku oraz w depresji obniża się tolerancja na ból. Zwiększa się natomiast tolerancja na ból w gniewie [9]. Powyższe emocje nasila-

ją odczucia związane z bólem fizycznym [10]. Powodują również dezorganizację w sferze psychicznej [11], co może modyfikować ocenę sytuacji.

Istotną kwestię w odbiorze bólu odgrywa samoświadomość bólu, która wyodrębnia treści wewnętrzne (myśli, emocje, pragnienia) i zewnętrzne (zachowanie, stosunki społeczne). Treści zewnętrzne i wewnętrzne mogą być przetwarzane na drodze: indywidualnej (w sposób personalny, emocjonalny, na podłożu struktury ja), obronnej (na podłożu lęku, zagrożenia), zewnętrznej (zobiektywizowanej) oraz refleksyjnej (w oparciu o wartość ogólną) [12].

Cel badań

Celowość podjętych badań wymaga zrozumienia związku między natężeniem bólu a poziomem akceptacji choroby.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM. Badaniem objęto 160 chorych z bólem przewlekłym. Grupę badawczą BN ($n = 100$) stanowili chorzy z zespołami bólowymi, takimi jak: neuralgie nerwów czaszkowych, neuropatie obwodowe, wieloobjawowe zespoły bólu miejscowego. Do badań zakwalifikowano także pacjentów z przewlekłymi bólami kręgosłupa w liczbie 60 (PBK). Na przeprowadzone badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (KBE-T/130/B/2007), pisemną zgodę pacjentów oraz placówki, w której przeprowadzono badania. W badanej grupie przyjęto następujące kryteria metodologiczne: osoby obojga płci; pacjenci doświadczający bólu przewlekłego od co najmniej 6 miesięcy; przedział wiekowy od 25 lat do 85 lat; leczeni w sposób planowy.

Badania przeprowadzono w dwóch etapach. Pierwszy (podczas przyjęcia na oddział) miał na celu dostarczenie informacji odnośnie do oceny natężenia bólu, jego charakteru przed rozpoczęciem leczenia oraz oceny sytuacji życiowej. Drugi etap oceniał wszystkie powyższe parametry po tygodniowym okresie hospitalizacji. Do badań w obu grupach zastosowano te same narzędzia badawcze:

- skala numeryczna oceny natężenia bólu (NRS); zawiera przedziały liczbowe od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do wytrzymania; co pozwala na określenie stopnia natężenia bólu. Skala jest łatwa w zastosowaniu, cechuje ją wysoka czułość i rzetelność w porównaniu z innymi skalami pomiaru bólu. W oparciu o wcześniejsze badania w grupie osób dorosłych z bólem przewlekłym oraz według zaleceń WHO przyjęto następujące poziomy oceny: ból silny

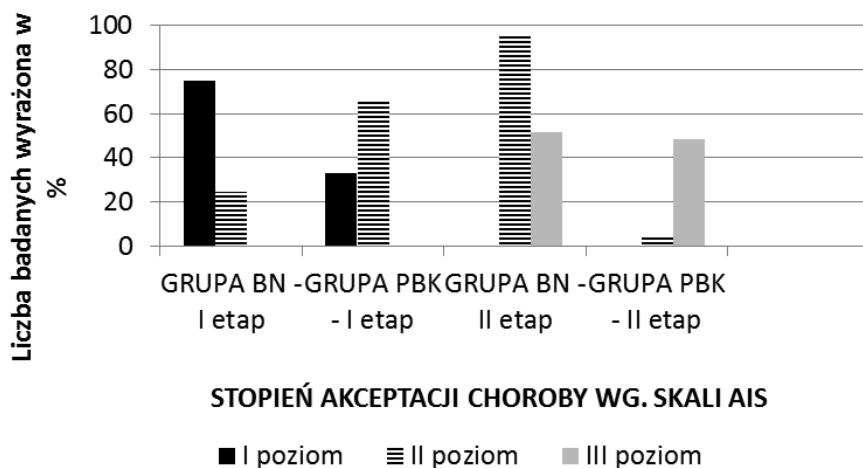
7–10; ból umiarkowany 4–6; ból lekki 1–3 – rozszerzone o dwie skrajne wartości w celu zaprezentowania zmian natężenia bólu [13].

- skala słowna oceny natężenia bólu (VRS); ocenia ból w sposób opisowy z zastosowaniem pięciostopniowej skali Likerta. Jest skalą porządkową, zawiera szereg kolejno ustawionych określeń, którym przypisany jest stopień natężenia bólu (bardzo małe natężenie – BMN; małe nasilenie – MN; średnie nasilenie – ŚN; duże nasilenie – DN; bardzo duże nasilenie – BDN) [14].
- skala oceny akceptacji choroby (AIS), skonstruowana przez Felton i wsp. (1984). Polska adaptacja została dokonana przez Z. Juszczynskiego w Pracowni Testów Psychologicznych PTP w Warszawie. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne następstwa złego stanu zdrowia. Pytania zawierają ograniczenie wynikające z choroby, poczucia zależności oraz obniżenia własnej wartości. Miarę stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia stanowi suma punktów od 8 do 40. Do określenia stopnia akceptacji na potrzeby powyższej pracy utworzono 3 obszary punktowe – I poziom: brak akceptacji własnej choroby (8–18 pkt), II poziom: częściowa akceptacja choroby (19–29 pkt) i III poziom: akceptacja własnego stanu zdrowia (30–40 pkt). W interpretacji wyników uzyskanych z badań własnych dokonano porównania średnich wskaźników akceptacji choroby z grupami osób przewlekle chorymi, uwzględnionymi w badaniach J. Juszczynskiego [1].

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem pakietu statystycznego: Statistica 10 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel. Do analizy powiązań pomiędzy badanymi zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Do porównania pomiędzy dwoma grupami badawczymi wykorzystano test U Manna-Whitneya. Natomiast dla porównania większej liczby grup wykorzystano test Anova rang Kruskala-Wallisa. We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których poziom prawdopodobieństwa p był mniejszy od przyjętego poziomu istotności $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

Wyniki

W badaniach dokonano oceny akceptacji choroby. Pacjenci z bólami neuropatycznymi, przed rozpoczęciem leczenia w 75%, nie akceptowali swojej choroby. Natomiast po tygodniowej terapii prawie cała grupa częściowo (II poziom) przystosowała się do życia z chorobą (95%; ryc. 1). Obserwacja akceptacji choroby w grupie pacjentów z bólami przewlekłymi nie wyróżniła istotnych różnic na poszczególnych etapach badania.



Rycina 1. Ocena akceptacji choroby wśród pacjentów z grupy (BN) i przewlekłym bólem kręgosłupa (PBK) w pierwszym oraz drugim etapie badania

W grupie PBK akceptacja sytuacji związanej z chorobą wyglądała inaczej, ponieważ już na początku leczenia ponad połowa (66,7%) respondentów akceptowała własną chorobę i taki stan utrzymywał się pomimo zastosowanego leczenia u 51,7% pacjentów. Natomiast u pozostałych pacjentów uległ podwyższeniu do stopnia wysokiego (48,3%), w kwestii zaadoptowania się do warunków związanych z chorobą (ryc. 1).

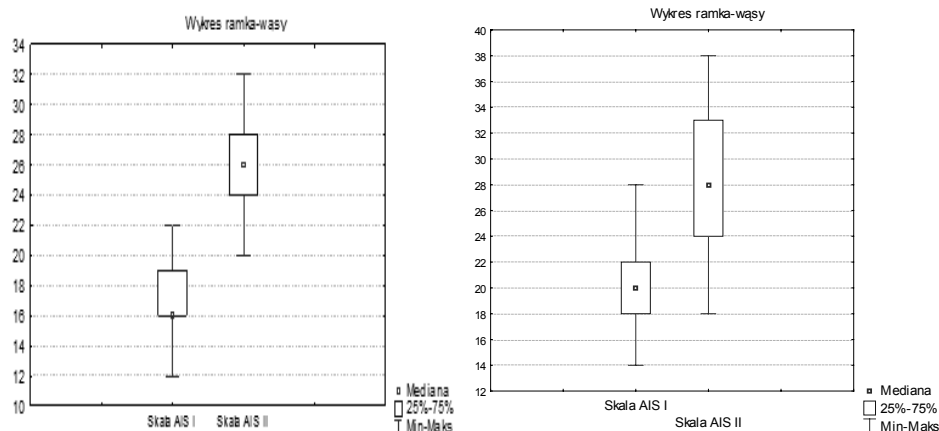
Uzyskane średnie wyniki z badań własnych pacjentów z grupy BN oraz PBK porównano z wynikami Z. Juszczyńskiego. Z wyróżnionych grup w badaniach własnych najlepsze stopień akceptacji własnej osiągnęli pacjenci z przewlekłymi bólami kręgosłupa (PBK) w dwóch etapach leczenia (I etap – $20,43 \pm 3,16$; II etap – $28,73 \pm 5,28$). Powyższe wyniki w pierwszym etapie są porównywalne z wynikami Juszczyńskiego (pacjenci z bólem kręgosłupa – $20,51 \pm 8,74$) oraz w drugim etapie z wynikami otrzymanymi wśród kobiet z rakiem sutka i macicy (Juszczyński – $28,13 \pm 7,60$; tab. 1).

Tabela 1. Średnie wyniki poziomu akceptacji choroby wg skali AIS uzyskane w grupie BN oraz PBK

Wybrane zespoły bólowe	Średnie wyniki uzyskane w badaniach własnych	
	I etap badania	II etap badania
Przewlekłe bóle kręgosłupa (n = 60)	$20,43 \pm 3,16$	$28,73 \pm 5,28$
Pacjenci z grupy BN (n = 100)	$16,96 \pm 2,4$	$25,21 \pm 2,69$

W grupie BN poziom akceptacji osiągnął niższe wyniki (I etap – $16,96 \pm 2,4$; II etap – $25,21 \pm 2,69$) podczas leczenia. Z powyższej grupy wyodrębniono najliczniejsze zespoły bólowe: neuralgia nerwu trójdzielnego, neuropatie obwodowe, wieloobjawowe miejscowe zespoły bólowe. Najwyższym poziomem akceptacji własnej sytuacji prezentowali chorzy z wieloobjawowym miejscowym zespołem bólowym przed hospitalizacją ($17,52 \pm 2,32$), jednak nieznacznie niższe niż w wynikach Juszczyńskiego w grupie chorych z neuropatią ($18,46 \pm 7,05$). Natomiast po tygodniowym leczeniu we wszystkich powyższych zespołach bólowych akceptacja własnej choroby uległa poprawie i osiągnęła wartości zbliżone do wybranych grup klinicznych Juszczyńskiego (pacjenci dializowani, chorzy ze stwardnieniem rozsianym, kobiety z rozpoznaniem migreny) [1].

Wykazano istotną różnicę pomiędzy badanymi grupami (BN i PBK) w ocenie akceptacji własnej choroby w I etapie ($p = 0,0000$) oraz w II etapie badania ($p = 0,0000$; ryc. 2).

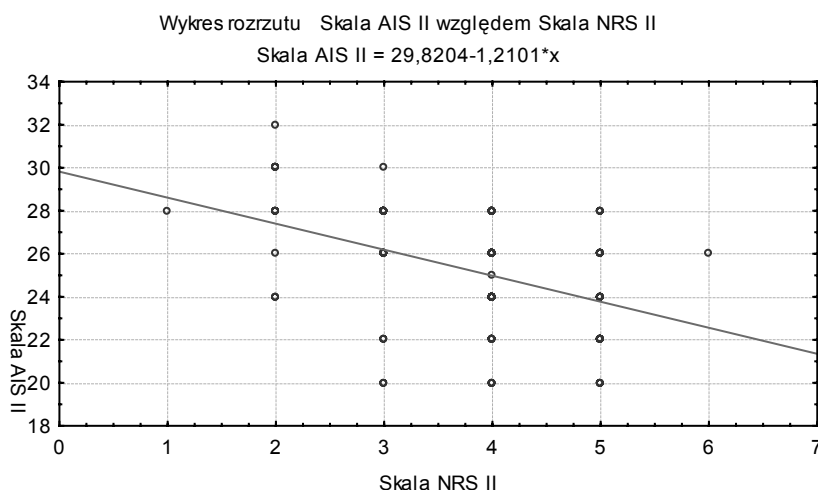


Rycina 2. Zmiany w ocenie akceptacji choroby (AIS) w grupie BN ($p = 0,0000$) oraz PBK ($p = 0,0000$), w pierwszym i drugim etapie badania

Szczególne zmiany przystosowawcze wystąpiły u respondentów doświadczających bólu neuropatycznego. Przed leczeniem respondenci na niskim poziomie oceniali własną sytuację życiową, kolejny etap pozwolił na częściową akceptację. Pacjenci z bólami przewlekłymi kręgosłupa (PBK) od początku lepiej akceptowali własną chorobę niż w grupie BN.

Stopień natężenia bólu wg skali NRS a akceptacja choroby (AIS)

Istnieje powiązanie między oceną natężenia bólu (NRS) i akceptacją choroby (AIS) po tygodniowej hospitalizacji w grupie BN (ryc. 3) oraz przed rozpoczęciem leczenia w grupie PBK. Pacjenci z grupy BN przy niskim natężeniu bólu odczuwali wyższy poziom akceptacji własnej choroby.



Rycina 3. Związek oceny natężenia bólu (NRS) z akceptacją choroby w II etapie badania w grupie BN ($p = 0,0053$)

Występuje istotna różnica w akceptacji choroby w II etapie badania w ocenie natężenia bólu wg skali VRS wśród pacjentów z bólem neuropatycznym ($p = 0,0053$). Z wymienionych kategorii poziomu bólu wg skali VRS wyszczególniono dwie (bardzo małe natężenie bólu i średnie natężenie bólu), pomiędzy którymi zaistniała istotna różnica ($p = 0,0075$; tab. 2).

Tabela 2. Ocena natężenia bólu (NRS) z uwzględnieniem wpływu na akceptację choroby w badanych grupach

para zmiennych	Grupa BN (n = 100) I etap/ II etap	Grupa PBK (n = 60) I etap/ II etap
Natężenie bólu wg. skali NRS & akceptacja choroby (AIS)	$p = 0,5474/ p = 0,000007$	$p = 0,000003/ p = 0,3457$
Natężenie bólu wg. skali VRS & akceptacja choroby (AIS)	$p = 0,7977/ p = 0,0053$	$p = 0,1586/ p = 0,7010$

Stopień odczuwanego bólu wpływa na akceptację własnej choroby. Pacjenci, u których po zastosowanym leczeniu stopień bólu uległ zmniejszeniu, wykazywali większą akceptację choroby.

Dyskusja

Przewlekły ból jest czynnikiem, który wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym poprzez przejście kontroli, uznanie ograniczeń, podjęcie działań zmniejszających nasilenie bólu [15]. Potwierdzeniem jest Pflingsten (2004), który dowodzi wyższość czynników psychologicznych w obniżeniu bólu nad czynnikami medycznymi [16]. Dlatego w ocenie jakości życia chorych z bólami przewlekłymi dość istotną rolę odgrywają następujące aspekty: umiejętności pokonywania trudności, umiejętności adaptacyjne, zasoby zdrowotne, zasoby psychologiczne, zasoby społeczne oraz umiejętność podejmowania zachowania związanego z pokonywaniem trudności [17].

Morgan i wsp. (2006) zwraca uwagę, że dobór leczenia u chorych z bólem przewlekłym skierowany jest na planowanie procesu, kontrolę bólu i jego akceptację. Według Morgana, mechanizmem powstawania bólu przewlekłego są emocje, to one wpływają na wzmocnienie bólu [18].

Akceptacja bólu związana jest z poprawą funkcjonowania emocjonalnego, psychospołecznego, fizycznego oraz powoduje zmniejszenie częstości korzystania z opieki zdrowotnej. Badania Mc Cracken i Zhao-O'Brien [19] potwierdzają, że ogólna psychologiczna akceptacja bólu jest istotnym wskaźnikiem funkcjonowania jednostki, nawet gdy pozostałe wskaźniki funkcjonowania pacjenta w tym bólu mają silne oddziaływanie.

Wyniki z badań własnych dowodzą, że akceptacja sytuacji związanej z własną chorobą najniżej oceniana była w grupie pacjentów BN, w porównaniu do pacjentów z grupy PBK. Takie wyniki świadczą o zasadniczym wpływie mechanizmu bólu przewlekłego na ocenę własnej sytuacji przez pacjentów. Również po zastosowanym leczeniu pacjenci z przewlekłym bólem kręgosłupa utrzymywali wyższy stopień akceptacji własnej choroby w porównaniu z pacjentami z grupy BN. Jednak tygodniowa hospitalizacja ($p = 0,0000$; w obu grupach) zmieniła podejście do własnej choroby wśród badanych pacjentów i znacząco poprawiła ich sytuację w obliczu choroby przewlekłej.

Potwierdzeniem powyższych wyników są te uzyskane przez Juczyńskiego (1999), gdzie w grupie pacjentów z przewlekłym bólem o charakterze neuropatii oraz w grupie pacjentów z bólem przewlekłym kręgosłupa występowały najniższe średnie wartości akceptacji własnej sytuacji życiowej w zestawieniu z pozostałymi wynikami w poszczególnych grupach klinicznych [1].

Rozważając problematykę bólu i cierpienia w obszarze ontologii napotyka się kwestie doznań podmiotu i konieczności uwzględnienia właściwości środowiska, które są niezależne od tegoż podmiotu [20]. Ból stanowi bezpośrednie źródło cierpienia, które wpływa na stan uczuć, postaw i ogólny stan. Cierpienie, podobnie jak ból, należy do osobistych przeżyć człowieka, które wywierają ustawiczny wpływ na jednostkę, nawet po opanowaniu dolegliwości bólowych [21].

Bibliografia

1. Juczyński Z, Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001, 168–172.
2. Kappesser J, Williams AC, Pain and Negative Emotions in the Face: Judgements by Health Care Professionals. *Pain* 2002, 99, 197–206.
3. Kozłowski A, Poszukiwanie rozwiązań: strategie walki z przewlekłym bólem, [w:] Kozłowski A, *Przewyciężyć ból. Program kontroli przewlekłego bólu*. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2000, 67–251.
4. Heszen-Klemens I, Analiza zachowania się człowieka wobec zdrowia i choroby, [w:] Heszen-Klemens I, *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1979, 9–18.
5. Weinert C, Cudney S, Spring A, Evolution of a Conceptual Model for Adaptation to Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship* 2008, 40 (4), 364–372.
6. Kozłowski A, Poszukiwanie rozwiązań: strategie walki z przewlekłym bólem, [w:] Kozłowski A, *Przewyciężyć ból. Program kontroli przewlekłego bólu*. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 2000, 67–251.
7. Loeser DJ, Melzack R, Pain: An Overview. *Lancet* 1999, 353, 1607–1609.
8. Price DD, Psychological Mechanisms of Pain and Analgesia. *Progress in Pain Research and Management*. IASP Press, Seattle 1999.
9. Werka T, Stres i ból, [w:] Górka T, Grabowska A, Zagrodzka J, *Mózg a zachowanie*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2000, 252–268.
10. Petkova M, Nikolov V, Galabova M et al., Psychological Assessment of Cancer Patients with Chronic Pain. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010, 5, 421–425.
11. Boersma K, Linton SJ, Psychological Processes Underlying the Development of a Chronic Pain Problem. *Clin. J Pain* 2006, 22 (2), 160–166.
12. Zaborowski Z, *Problemy psychologii życia*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
13. Mc Quay H, Consensus on Outcome Measures for Chronic Pain Trials. *Pain* 2005, 113, 1–2.
14. Dobrogowski J, Wordliczek J, Kliniczna ocena chorego z bólem, [w:] Wordliczek J, Dobrogowski J, *Leczenie bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 171–186.
15. Clark RM, Treisman JG, Perspectives on Pain and Depression, [w:] Clark RM, *Pain and Depression*. Karger Publishers, Farmington 2004, 1–27.

16. Pfingsten M, Schöps P, Low Back Pain: from Symptom to Chronic Disease. *Z Orthop. Ihre. Grenzgeb.* 2004, 142 (2), 146–152.
17. Tobiasz-Adamczyk B, Jakość życia w naukach społecznych i medycznych. *Sztuka Leczenia* 1996 (2), 33–40.
18. Morgan GE, Mikhail MS, Murray MJ, Pain Management, [w:] *Clinical Anesthesiology*. McGraw-Hill, Medical, New York 2006.
19. McCracken ML, Zhao-O'Brien J, General Psychological Acceptance and Chronic Pain: There is More to Accept than the Pain Itself. *European Journal of Pain* 2010, 14, 170–175.
20. Cackowski Z, Ból i cierpienie a świadomość ludzka, [w:] Cackowski Z, Ból, lęk, cierpienie. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1995, 135–159.
21. Gretkowski A, Cierpienie i ból chorego, [w:] Gretkowski A, Ból i cierpienie. Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock 2003, 57–67.

Marek Wojczyk¹

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Czy pielęgniarstwo może być atrakcyjne dla mężczyzny? Analiza pozycji pielęgniarza w polskim systemie ochrony zdrowia

Is nursing may be attractive to a man? Analysis of nurse positions
in the Polish health care system

Abstract

Occupation nurse performs in Poland today about four thousand men. This represents less than 2 percent of all workers in the field of nursing. According to forecasts, the percentage of men in nursing in the coming years will grow. Are you sure? This article attempts to answer the question: why male nurse profession is considered unattractive and elected by few men. Low socio-professional prestige and financial conditions do not convince the average graduate to become a nurse. The problem, however, seems to be more complicated. An important element of the decision to undertake studies in nursing by the man are existing in Polish society stereotypes about men working in the profession of male nurse. Among other things, care, associated with the natural role of women, is sometimes considered to be an attribute of unmanly. Analysis of environmental attitudes nurses – women, male nurses, patients and society as a whole can put forward a thesis that finds few takers in the female-dominated professional ranks in the near future.

Key words: nurse, male nurse, occupational appearance

Wprowadzenie

Większość ludzi odczuwa potrzebę atrakcyjności. Liczenie się z oceną społeczną jest według psychologów zjawiskiem normalnym. W hierarchicznym przedstawieniu potrzeb Masłowa, potrzeby społeczne, tj. przynależności, miłości oraz uznania, znajdują się zaraz za potrzebami biologicznymi i bezpieczeństwem. Wielu psychologów społecznych uważa, że ludzie posiadają potrzebę wpływu społecznego. Żeby takowy wywrzeć, należy wpierw samemu zostać pozytywnie ocenionym przez innych. Również na budowę samooceny jednostki wpływa ocena otoczenia. Osoba afirmowana przez otoczenie osiąga wyższą samoocenę niż bez niej. Pragmatycy, którzy przekonani są najczęściej o znaczącej roli oceny społecznej, przeżywają lęk

w związku z potencjalną negatywną oceną. Świadomość bycia obiektem oceny społecznej wywołuje wiele emocji, głównie tzw. lęk społeczny, czyli poczucie zagrożenia przed oceną innych. Oczekiwania społeczne, wyrażane zarówno jawnie, jak i pośrednio, kreują typ jednostki atrakcyjnej, którą należy się stać bądź ku takiej dążyć. Nie należy jednak przeceniać społecznego wpływu opinii na działanie człowieka. Podejmuje on bowiem role społeczne, które choć minimalnie akceptuje [1].

Prestiż społeczny rozumiany jako odbieranie oznak szacunku ze względu na status społeczny, czyli przynależność do grupy społecznej bądź pełnienie pewnej roli społecznej [2] związany jest ściśle z pojęciem atrakcyjności. Opinia otoczenia wpływa na prestiż danej roli czy grupy. Problemem jednak jest dokładne zbadanie prestiżu, np. zawodowego, z uwagi na rozmaitość skal, różnie definiujących prestiż. Można go rozumieć jako uznanie czy poważanie, jednakże respondenci nie zawsze mają wiedzę na temat dokładnej definicji prestiżu, w związku z czym może on być różnie rozumiany. Niemniej prowadzone są badania prestiżu zawodów.

Badanie CBOS z 2013 roku umieszcza prestiż zawodu pielęgniarki na piątej pozycji, za strażakiem, profesorem uniwersytetu, robotnikiem wykwalifikowanym i górnikiem. Zawód lekarza znajduje się 3 pozycje niżej [3]. W rankingu nie ujęto jednak zawodu pielęgniarza, który jest przedmiotem niniejszej pracy. Można uznać jedność takiej oceny społecznej dla pielęgniarki-kobiety i pielęgniarza-mężczyzny. Jednak typowe role społeczne męskie ogólnie kojarzone w kulturze europejskiej, jak i feminizacja zawodu pielęgniarki, nie pozwalają na usytuowanie zawodu pielęgniarza we wspomnianym badaniu na tak wysokiej pozycji.

Pielęgniarka/pielęgniarz

Pielęgniarstwo jako zawód kojarzy się głównie z osobą pielęgniarki – kobiety, której praca polega na opiece nad chorym, ściślej mówiąc pielęgnacji. Pielęgniarz nadal jest słowem rzadko używanym, zarówno w przestrzeni społecznej, jak i w jednostkach opieki zdrowotnej czy szkolnictwie, kształcącym w zakresie pielęgniarstwa. Już sama ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej mówi o pielęgniarce, czyli kobiecie. Słowo pielęgniarz użyte jest w treści dokumentu dwa razy w kontekście posługiwania się tytułem zawodowym [4]. Nierzadkie jest również zwracanie się wykładów do studentów pielęgniarstwa *per panie*, podczas gdy w wykładzie uczestniczą kobiety i mężczyźni. W niniejszym opracowaniu starano się znaleźć przyczyny małego uczestnictwa mężczyzn w zawodzie pielęgniarstwie oraz odkryć determinanty takiego stanu.

Według informacji Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, w 2011 roku, tytułem pielęgniarza posługiwało się w Polsce 4620 mężczyzn, co stanowiło niecałe 1,9%. Średnia wieku mężczyzny wykonującego zawód pielęgniarza wynosiła 39,5

roku [5]. W porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej i Stanami Zjednoczonymi, odsetek ten jest niewielki. Dla porównania, w USA w 2010 roku procent zarejestrowanych pielęgniarzy wynosił około 10 [6]. Odpowiednio w 2007 roku w Irlandii – 8,7%, Norwegii – 8,1% [7]. Wobec niskiego odsetku mężczyzn pracujących w zawodzie pielęgniarza, w 2010 roku wdrożono w Stanach Zjednoczonych program „20 x 20 Choose Nursing”, mający na celu zatrudnienie mężczyzn w pielęgniarstwie w 2020 roku na poziomie 20%. American Assembly for Men in Nursing postanowiło za pomocą kampanii społecznych oraz doradztwa zawodowego zachęcić młodych mężczyzn do kształcenia w zawodzie pielęgniarza [6].

Według prognoz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, w roku 2035 liczba pielęgniarzy w Polsce osiągnie ponad 4% wszystkich pracowników w zakresie pielęgniarstwa [5]. Zastanawiające jest jednak założenie o rosnącej liczbie pielęgniarzy, wobec prognozowanego spadku liczby pielęgniarek w ogóle.

Historia

W edukacji pielęgniarek często zapomina się o historii pielęgniarstwa „przedzawodowego”, czyli w okresie poprzedzającym działalność Florence Nightingale w XIX wieku, która podniosła pielęgniarstwo do rangi zawodu. Uważała ona, że pielęgnowanie jest nie tylko domeną kobiet, ale też realizacją ich kobiecości [8, 9]. Sięgając jednak głębiej w historię, można się dowiedzieć, że pielęgniarstwo rozumiane jako opieka nad chorymi sprawowane było przez mężczyzn już w starożytności, m.in. w Aleksandrii. Osoby powołane do tego zajęcia nazywano parabolanami. Była to najniższa klasa duchownych, którzy opiekowali się chorymi, a zwłaszcza chorymi zakaźnie. Najczęściej pochodzili z niewykształconych warstw społeczeństwa. Swoją nazwę zawdzięczali zajęciu, którym się trudnili (z gr. ryzykujący życie, zajmujący się niebezpiecznymi czynnościami). Parabolanie jako opiekujący się chorymi, zostali ustanowieni stanem duchownym najprawdopodobniej w czasach Konstantyna Wielkiego, chociaż w rzeczywistości mogli być po raz pierwszy zorganizowani jako wspólnota w drugiej połowie III wieku w czasie panującej w Aleksandrii epidemii. Bractwa, które tworzyli, miały określoną liczbę członków, a w mieście mogło istnieć tylko jedno bractwo tego typu. Za czasów Teodozjusza bractwo w Aleksandrii liczyło ok. 600 osób, w Konstantynopolu 1100 [10]. Również w starożytnych Indiach, w dobrze zorganizowanych szpitalach pracowali lekarze oraz dozorczy pielęgniarze, ponieważ kultura hinduska nie pozwalała na to kobietom [8].

Średniowiecze także przyniosło rozwój pielęgniarstwa „męskiego”. W II połowie XVI wieku żołnierz Kamil de Lellis, zauważył podczas swojego pobytu w szpitalu św. Jakuba w Rzymie, że opieka nad chorymi nie wygląda najlepiej, dlatego sam postanowił służyć chorym, przystępując do pracy w tymże szpitalu. Był przerażony

stosunkiem personelu do chorych oraz złymi warunkami, dlatego w roku 1582 postanowił założyć Stowarzyszenie dla Pielęgowania Chorych, w którym pracowali tylko mężczyźni. Po kilku latach papież Grzegorz XIV podniósł stowarzyszenie do rangi zakonu, który do dziś zajmuje się chorymi [11]. Poza więc powstałym w Rzymie zgromadzeniem Kleryków Regularnych Posługujących Chorym, na przestrzeni wieków działały inne zakony szpitalne, których członkami byli mężczyźni, a których zadaniem była opieka nad chorymi. Należały do nich przykładowo zakony: szpitalników, krzyżaków, lazarystów czy bonifratrów [12].

W Stanach Zjednoczonych już w 1783 roku James Durham, niewolnik, który uzyskał wolność dzięki pracy jako pielęgniarz, stał się pierwszym czarnoskórym pracownikiem w zakresie opieki zdrowotnej [13]. Pod koniec XIX wieku w szkołach pielęgniarzkich uczyli się mężczyźni; w latach 30. XX wieku było ich 1% wśród pracujących pielęgniarzek [14]. W Polsce obecnie poziom zatrudnienia mężczyzn pielęgniarzy wynosi około 2% [5].

Role męskie i kobiece

W kręgu cywilizacji zachodniej istnieje silny podział na role społeczne płci. Mimo aktywności ruchów feministycznych, nadal obecne są wzorce zachowań właściwe dla kobiet i mężczyzn. Stereotypy płci przypisują kobietom takie cechy, jak: cierpliwość, słabość, emocjonalność, łagodność. Mężczyzna zaś jest: krzepki, odważny, agresywny, racjonalny, szorstki [15]. Z cechami osobowości wiąże się wypełnianie ról społecznych; kobiecie to podtrzymywanie ogniska domowego lub praca związana z potrzebą cierpliwości, empatii, zaś męskie – zapewnienie dobrobytu rodzinie, wykonywanie pracy wymagającej odwagi, siły fizycznej itp. Oznacza to, że w powszechnej świadomości nadal funkcjonuje podział płci według pełnienia ról społecznych. Wykonywanie zawodu stereotypowo męskiego przez kobietę nie wiąże się jednak z tak dużym zdziwieniem w społeczeństwie, jak wykonywanie zawodu stereotypowo kobiecego przez mężczyznę. Może to być związane z długoletnią działalnością ruchów na rzecz równouprawnienia kobiet i mężczyzn, posługujących się argumentem konieczności otwarcia zawodów stereotypowo męskich dla kobiet.

Niewątpliwie do wykonywania pracy zawodowej potrzebne są pewne predyspozycje. Opiekuńczość, chęć wsparcia czy empatia, okazują się cechami koniecznymi do wykonywania zawodu pielęgniarzki/pielęgniarsza. Musi zatem istnieć część populacji męskiej wykazująca takie cechy. Socjokulturowa koncepcja płci Sandry Bem zakłada występowanie, obok tożsamości płciowej, typowej dla płci biologicznej (kobiecej kobiety i męskiego mężczyzny), tożsamość skrzyżowaną (męska kobieta i kobiecy mężczyzna), nieokreśloną oraz androgyniczną. Najciekawszą wydaje się tożsamość androgyniczna, ponieważ osoby ją przejawiające, wykazują zarówno cechy

kobiece, jak i męskie w takim samym nasileniu. Z punktu widzenia przystosowania jednostki do funkcjonowania w społeczeństwie jest ona najbardziej korzystna [16]. Również najbardziej byłaby korzystna w zawodzie pielęgniarstwie. Ocena społeczna mężczyzny wykazującego tożsamość androgyniczną nie jest jednak do końca pozytywna. Mniej atrakcyjny jest mężczyzna androgyniczny niż kobieta androgyniczna [16]. Zatem niełatwo wybrać zawód pielęgniarza, jako niebędący w pełni afirmowany przez otoczenie.

Stereotypy

Funkcjonujące stereotypy dotyczące pielęgniarzy odnoszą się głównie do kobiecości pielęgniarstwa oraz brania udziału w życiu zawodowym sfeminizowanego środowiska. Pielęgniarka jako naturalnie rozumiana kobieta, widziana jest jako miła pani pochylająca się nad chorym [8]. Wielu trudno wyobrazić sobie w tej roli mężczyznę – wyłączając świętych, w takich scenach uwiecznionych w sztuce. Istniejąca nadal walka płci i przekonanie, że to, co kobiece, nie może być męskie sprawia, że mężczyzna jako pielęgniarz postrzegany jest jako ten, który nie odnalazł się w brutalnym świecie „prawdziwych” mężczyzn. Niechętny wobec brania udziału w walce o władzę i przywództwo postanawia skryć się w bezpiecznym świecie kobiet [17]. Stereotypowy obraz pielęgniarza często pokazywano choćby w amerykańskich mediach, od „Meet the parents” począwszy, gdzie główny bohater pielęgniarz, jest uosobieniem nieudacznictwa i braku zaradności życiowej [18].

Mężczyzna pracujący jako pielęgniarz identyfikowany jest często z homoseksualistą, którego obraz, wykreowany przez mężczyzn heteroseksualnych, wskazuje na mężczyznę niższej kategorii, z predyspozycjami i zachowaniami kobiecymi (9). Taki mężczyzna nie należy już do świata odważnych, walecznych i krzepkich. Rys opiekuńczości w jego pracy nie przynależy do męskiej roli społecznej. Badania wykazały, że pacjenci czują się bezpieczniej w momencie, gdy wiedzą, że pielęgniarz jest żonaty i ma dzieci lub choćby widzą na jego palcu obrączkę – symbol tego stanu [19]. Singiel kojarzony jest z gejem. Warto przypomnieć że do końca lat 60. XX wieku kobiety pielęgniarzy w większości były niezamężne [9].

Pielęgniarz pracujący z dziećmi często może być podejrzewany o upodobania pedofilskie. Doniesienia medialne dotyczące pielęgniarzy, jakie można bez trudu znaleźć w Internecie, głównie dotyczą nadużyć, przede wszystkim na tle seksualnym. Molestowanie dzieci, gwałty nieprzytomnych czy kryptanazja zdają się kreować medialny obraz pielęgniarza. Wobec braku szerszych informacji w przestrzeni publicznej dotyczących mężczyzn w zawodzie pielęgniarstwie laik może więc wysnuć wniosek, że kandydatem do szkoły pielęgniarzkiej jest zboczeniec lub psychopata.

Sugeruje się, że mężczyzna w pielęgniarstwie współpracujący z lekarzami zarówno płci męskiej, jak i żeńskiej postrzegany jest jako lepszy fachowiec niż jego koleżanka pielęgniarzka. Mężczyźni uważni są za lepszych ekspertów, poza dziedzinami szczegółowo dotyczącymi kobiet [20, 21]. Powszechnie uważa się też, że mężczyzna zostaje pielęgniarzem ponieważ nie mógł zrealizować z różnych przyczyn marzeń o byciu lekarzem. Zdecydował się jedynie dlatego, że nie powiodło mu się w egzaminach na studia lekarskie, a pielęgniarstwo jest zajęciem chwilowym bądź pełni rolę substytutu [9].

Praca pielęgniarza nie jest przez wszystkich traktowana na równi z pracą pielęgniarki. W różnych grupach społecznych funkcjonują różne kreacje pracy mężczyzny pielęgniarza. Seniorzy nierzadko wobec braku noszenia symboli zawodowych przez pielęgniarzy ich nie rozpoznają, identyfikując z lekarzami. W konsekwencji zwracają się „Panie doktorze”, a kiedy już dowiedzą się, że dany mężczyzna jest pielęgniarzem, uznają jego wyższość nad pielęgniarkami. Z kolei młodzi ludzie, mający w swoim kręgu pielęgniarza sądzą, że jako „rodzynek”, jest wyręczany ze swoich obowiązków przez uległe koleżanki i ma sposobność flirtować z wieloma koleżankami, których zresztą ma dostatek w środowisku pracy.

W oczach własnych i innych

Patrząc jednak globalnie, pielęgniarze są zadowoleni z wyboru swojego zawodu. 83% Amerykanów poleciłoby swój zawód znajomym [22]. Dobrze czują się w swojej roli zawodowej, a współpraca z kobietami nie daje powodów do odczuwania braku satysfakcji z pracy. W sfeminizowanym środowisku zawodowym czują się czasem wyszczególnieni, ale nie czerpią z tego szerszych korzyści [23]. Wybór zawodu pielęgniarza przez osoby go wykonujące najczęściej nie był przypadkiem. Nie był też raczej kontynuacją rodzinnych tradycji zawodowych. Zainteresowanie medycyną oraz chęć niesienia pomocy były głównymi determinantami wyboru drogi zawodowej. I pomimo chęci podjęcia studiów lekarskich przez część badanych, swoim wyborem pielęgniarstwa są usatysfakcjonowani. Z kolei ocena ich bliskich w kwestii wyboru drogi zawodowej nie zawsze była pozytywna [23]. Może się to wiązać ze wspomnianymi stereotypami związanymi z zawodem pielęgniarza. Pacjenci z kolei, jako predyspozycję do wykonywania zawodu pielęgniarza uznali indywidualne cechy osobowości, a nie kategoryzację płciową. Zauważono również, że pielęgniarstwo może być szansą na odniesienie sukcesu zawodowego przez mężczyzn [24].

Jeśli chodzi o bezpośredni stosunek potencjalnych pacjentów do opieki pielęgniarzkiej wykonywanej przez mężczyznę w Polsce, chętniej poddałyby się jej kobiety i osoby starsze [24]. Badania prowadzone w Jordanii wykazały, że kobiety wybrałyby do opieki pielęgniarkę, zaś większość mężczyzn preferowała pielęgniarza

[25]. Bez wątplenia rysują się tutaj różnice kulturowe. Jednakże polskie pacjentki oceniające opiekę okołoporodową, chętnie widziałyby położnego w opiece nad położnicą. Uważają one, że również w zawodzie położnego mężczyzna może osiągnąć sukces [26].

Zachodzi zatem pewien dysonans pomiędzy oceną społeczną opieki pielęgniarzkiej świadczonej przez mężczyzn, która jest w pełni akceptowana przez społeczeństwo, a funkcjonującymi stereotypami pełnienia zawodu pielęgniarza. Potrzeba atrakcyjności i prestiżu społecznego wydaje się decydująca w niskiej obecności mężczyzn w polskim pielęgniarstwie. Poza niskim prestiżem społecznym wśród zawodów wykonywanych przez mężczyzn, znaczenie ma też status ekonomiczny pielęgniarzki/pielęgniara. Niskie zarobki raczej odpychają niż przyciągają do kształcenia na poziomie akademickim, a później do wykonywania odpowiedzialnej, trudnej psychicznie i fizycznie pracy. Niskie wynagrodzenie może implikować spadek satysfakcji z pracy, co z kolei może prowadzić do wczesnego wypalenia zawodowego [27]. Z drugiej strony atutem może być otwartość rynku pracy. Mimo niskich zarobków, absolwenci pielęgniarstwa raczej bez problemu znajdują pracę w zawodzie [28].

Podsumowanie

Mężczyźni prezentują nieco inne podejście do wielu spraw w pielęgniarstwie, co może okazać się nowym – w połączeniu z doświadczeniem zawodowym kobiet uprawiających ten zawód od lat – profesjonalnym, holistycznym pochyleniem się nad człowieczeństwem pacjenta [29]. Powszechnie w środowisku pielęgniarzkim uważa się, że mężczyźni w tym zawodzie są potrzebni. Brak jednak oficjalnych informacji czy inicjatyw środowiska zawodowego, które przyciągnęłyby do tego zawodu mężczyzn. Może więc to środowisko pielęgniarzy powinno podjąć inicjatywy mające na celu zwiększenie liczby mężczyzn w pielęgniarstwie? Koncepcja uzyskania statusu pielęgniarstwa jako kierunku zamawianego ma przyciągnąć abiturientów do studiowania tej dziedziny, a później wykonywania zawodu pielęgniarzkiego. Wydaje się jednak, że wobec istniejących stereotypów, nie przyciągnie ona maturzystów płci męskiej. Pielęgniarstwo wciąż pozostaje nieatrakcyjne dla wielu mężczyzn. Mimo to, a może właśnie dlatego, jego wybór wiąże się z odwagą.

Bibliografia

1. Stojanowska E, Zainteresowanie jednostki społeczną oceną. Źródła i konsekwencje. Możliwości i ograniczenia w kreowaniu własnej atrakcyjności interpersonalnej. Warszawa 2002, 9–24.

2. Reszke I, Ogólne problemy badania prestizu społecznego. Prestiż społeczny a płęć. Wrocław 1984, 22–27.
3. Cybulska A, Prestiż zawodów. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2013.
4. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarke i położnej, www.isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039 [dostęp 20.03.2014].
5. Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w 2011 roku, www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2010-analiza-liczby-zarejestrowanych-i-zatrudnionych-pielgniarek-i-poloznnych-w-roku-2011-oraz-prognoza-liczby-zarejestrowanych-i-zatrudnionych-pielgniarek-i-poloznnych-na-lata-2015-2035.pdf [dostęp 20.03.2014].
6. Anderson D, Man Enough: The 20 X 20 Choose Nursing Campaign, www.minoritynurse.com/article/man-enough-20-x-20-choose-nursing-campaign [dostęp 20.03.2014].
7. Kostrzanowska Z, Zarzycka D, Struktura i zasoby pielęgniarstwa europejskiego, [w:] Wrońska I, Krajewska-Kułak E, Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego. Lublin 2007, 41.
8. Poznańska S, Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem, [w:] Zahradniczek K, Pielęgniarstwo. Warszawa 2004, 41–44.
9. Kluczyńska U, (Nie)obecność mężczyzn w pielęgniarstwie – funkcjonujące stereotypy i ich konsekwencje. Nowiny Lekarskie 2012, 5, 81, 564–568.
10. Dzielska M, Hypatia z Aleksandrii. Kraków 2010, 166–170.
11. Sinka T, Św. Kamil de Lellis. Kraków 2001.
12. Brzeziński T, Historia medycyny. Warszawa 2000.
13. Franklin J, African American History Calender, www.aetna.com/about-aetna-insurance/aetna-corporate-profile/diversity/calendars.html [dostęp 21.03.2014].
14. Where are the men? Nursing 2003, 33, 43–45.
15. Rathus SA, Płęć i seksualność. Psychologia współczesna. Gdańsk 2004, 519–525.
16. Stojanowska E, Stereotypy oraz tożsamość płciowa jednostki jako wyznaczniki autoprezentacji oraz ocen społecznych. Możliwości i ograniczenia w kreowaniu własnej atrakcyjności interersonalnej. Warszawa 2002, 77–93.
17. Bartjes H, Hammer E, Maenner und Altenpflege. Analysen und Ansaetze fuer mehr Maenner in der Pflege, [w:] Krabel J, Stuve O, Maenner in “Frauen – Berufen” der Pflege und Erziehung. Opladen 2006, 143.
18. Roach J, Meet the Parents. 2000.
19. Morin K, Patterson B, Kurtz B, Brzozowski B, Mothers’ Responses to Care Given by Male Nursing Student During and After Birth. Journal of Nursing Scholarship 1999, 31, 83–87.
20. Williams C, Hidden Advantages for Men in Nursing. Nursing Administration Quartely 1995, 19, 63–70.
21. Kożusznik B, Wpływ społeczny w organizacji. Warszawa 2005.
22. Harrison S, Male Nurses Perceived is More Capable than Female Professionals. Nursing Standard 2005, 47, 12.
23. Fuszara M, Dobrze jest być rodzyńkiem, czyli mężczyźni w zawodach sfeminizowanych, [w:] Fuszera M, Nowi mężczyźni? Zmieniające się modele męskości we współczesnej Polsce. Warszawa 2008, 324–360.

24. Domagała P, Kretowicz K, Żuralska R, Percepcja mężczyzn wykonujących zawód pielęgniarza w społeczeństwie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013, 21, 462–470.
25. Ahmad MM, Alsad JA, Patients' Preferences for Nurses' Gender in Jordan. *International Journal of Practice* 2007, 13, 237–242.
26. Durka M et al., Postrzeganie mężczyzny wykonującego zawód położnego przez pacjentki warszawskich szpitali. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17, 38–43.
27. Kunecka D, Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2009, 91, 451–457.
28. Główny Urząd Statystyczny, Kobiety i mężczyźni na rynku pracy. Warszawa 2012.
29. Kapała W, Pielęgniarz: na przekór stereotypom, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2009, 4.

